

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 94

LES HÉMORRAGIES GÉNITALES A L'AGE DE LA MÉNOPAUSE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Marcel PRÉVOT

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né à Bordeaux (Gironde), le 26 Juillet 1909

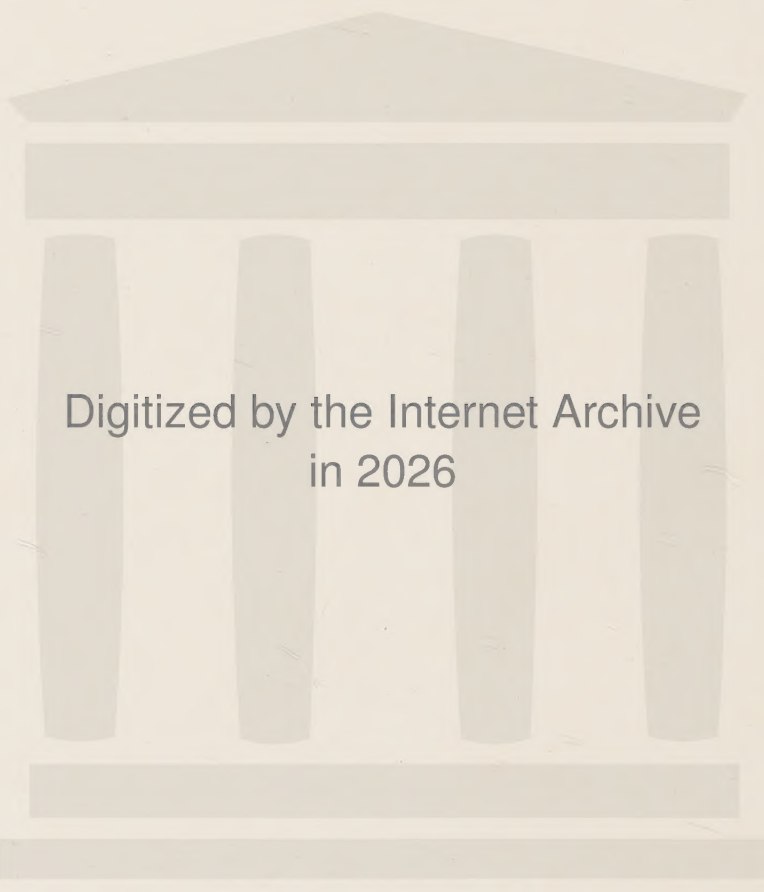
Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
DUVERGEY, professeur	Juges
PAPIN, professeur.....	
CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 94

LES HÉMORRAGIES GÉNITALES A L'AGE DE LA MÉNOPAUSE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Marcel PRÉVOT

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né à Bordeaux (Gironde), le 26 Juillet 1909

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
DUVERGEY, professeur	} <i>Juges</i>
PAPIN, professeur.....	
CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
 Assesseur..... M. GUYOT
 Doyen honoraire..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
 RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPÉRIE	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacentique.....	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABRAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RÉCROU	Clinique dentaire.....	CAVALIE.
Botanique et matière médicale.....	CHEILE.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale.	MANDOUL.		
Clinique ophthalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIERS		

LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), DERRENS (Maladies mentales),
 PAPIN (Chirurgie générale), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	DURECO.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
		Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX
		Oto-Rhino-Laryngologie.....	DESPONS
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	PIÉCHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ
	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmacentique et toxicologie...	VITTE.
	DE GRAILLY		
	FONTAN		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Physiologie.....	FABRE	Ophthalmologie.....	CABANNES (en congé)
Médecine opératoire.....	PAPIN	Puériculture.....	FAUGERE
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	VITTE
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			MM. N

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



EN MÉMOIRE DE MA FEMME CHÉRÉE

A MA FILLE

A MA MÈRE — A MON PÈRE

*Je vous dois ce que je suis ;
puissiez-vous trouver dans ce
modeste travail l'expression de
ma grande reconnaissance et
de mon profond amour filial.*

A MON FRÈRE

A MA GRAND'MÈRE

*En témoignage de ma gran-
de affection.*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR JEAN LASSERRE

MÉDECIN DES TROUPES COBONIALES

*En témoignage de notre so-
lide amitié et de mon inaltéra-
ble attachement.*

A MONSIEUR RAYMOND GORIN

LICENCIÉ ÈS LETTRES

*Bien faible témoignage de
notre amitié.*

AUX DOCTEURS

ALBERT BARRAU, CHARLES CAMBORDE,

JEAN PLUMAUZILLE

MÉDECINS DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES CAMARADES
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX
SÉNATEUR DE LA GIRONDE
MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE (C. R.)
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
OFFICIER DE SAINT-SARA (SERBIE)
CHEVALIER DE L'ORDRE DE CHARLES III (ESPAGNE)

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma grande ad-
miration et de mon immense
reconnaissance pour l'intérêt
qu'il a témoigné à mon père
en lui prodiguant toute sa
science et tout son dévoue-
ment.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHIRURGIEN DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, qui voulut bien
nous prodiguer pendant son
élaboration de très précieux
conseils.*

*En témoignage de respectu-
euse gratitude pour sa grande
bienveillance.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la Prési-
dence de cette thèse.*

*En témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance et de ma
vive admiration.*

INTRODUCTION

Si les hémorragies utérines survenant à l'âge de la ménopause constituent une question de pratique courante, il n'en est pas moins vrai qu'elles posent un problème de diagnostic d'une grande importance ; en effet, sur l'établissement de ce diagnostic reposent des indications thérapeutiques bien différentes. Cette question a d'ailleurs soulevé d'importantes polémiques scientifiques depuis plusieurs années. Il convient donc de voir si ces discussions ont été fructueuses et si une solution admise à peu près par tous les auteurs peut s'en dégager. Nous nous efforcerons donc dans ce travail de préciser les différentes causes de métrorragies à l'âge de la ménopause afin de pouvoir conduire une thérapeutique appropriée à un diagnostic étiologique précis.

Nous n'envisagerons que les métrorragies qui surviennent chez des femmes encore réglées dont l'âge est compris en moyenne entre 40 et 55 ans. Si l'âge de la ménopause est en effet très variable, nous croyons pouvoir englober dans ce cadre la majorité des cas.

« Avant tout on se méfiera du cancer et on devra mettre tout en œuvre afin de le dépister à son début et d'agir chirurgicalement le plus précocement possible » (Picard).

HISTORIQUE

Par son historique cette question nous montre combien les différentes étapes parcourues par la science médicale en une centaine d'années, ont influé sur l'étude de ce cas de clinique banale. En outre ce rappel historique nous expliquera les diverses opinions émises à ce sujet ; en effet, si les uns recommandent avant tout le traitement médical, les autres préconisent le traitement chirurgical systématique ou enfin vantent les bons résultats de la radiothérapie.

Nous distinguerons 4 phases principales :

1° Avant l'ère chirurgicale.

Les médecins avaient bien isolé ces pertes de sang utérines, sans lésions apparentes, irrégulières, variables, rebelles à toute thérapeutique et qui après avoir duré des mois ou même des années disparaissaient avec la menstruation. Ce syndrome avait reçu le nom « d'hémorragies dites de la ménopause » ou d'hémorragies essentielles de la ménopause », « hémorragies de l'âge critique » ; aussi les malades et même certains médecins avaient-ils tendance à ne pas mieux préciser l'étiologie de la perte sanguine anormale et prescrivaient-ils un traitement médical en attendant que la ménopause vienne supprimer radicalement toutes ces misères. Nous verrons combien cette conception était par trop simpliste.

2° *La phase chirurgicale.*

Cette « merveilleuse révolution chirurgicale » (Cl. Bclère) dans l'histoire de la médecine a livré toutes ces malades au « bistouri ». C'est d'ailleurs grâce à l'étude des pièces anatomiques extraites par voie chirurgicale pour métrorragies au voisinage de la ménopause que l'on a pu découvrir tantôt un polype intra-utérin, tantôt, un petit fibrome sous-muqueux, tantôt même des cancers du corps au début. Mais très souvent aussi les auteurs signalent avoir enlevé, un utérus gros, à paroi épaisse blanchâtre criant sous le couteau que l'on a étiqueté « utérus scléreux ».

Actuellement il y a encore des chirurgiens qui interviennent systématiquement, lorsque l'investigation clinique ne leur a pas révélé une lésion utérine ou extra-utérine expliquant le syndrome hémorragique et qu'ils pensent à un utérus « fibromateux, scléreux ».

3° *La phase des radiations.*

Enfin par la pratique radiologique on a voulu réaliser ce que la nature réalisait par la ménopause naturelle. Pourquoi ne pas guérir ces malades en provoquant une ménopause artificielle prématurée ? Mais le diagnostic est souvent très difficile et il importe de bien connaître toute l'étiologie des métrorragies à l'âge de la ménopause sous peine de provoquer de véritables désastres par la roentgénéthérapie ou la curiéthérapie. A ce propos M. le Professeur Guyot a signalé que les rayons X peuvent favoriser la transformation d'un fibrome en épithélioma. De même si les métrorragies ont pour cause un cancer du corps méconnu qui est presque toujours un épithélioma cylindrique radio-résistant, quel funeste résultat cela entraînerait. On conçoit combien il est important de préciser l'étiologie générale de ces métrorragies afin de savoir par un diagnostic précis quelles malades il faut opérer, ou bien irradier, ou enfin observer.

NOTIONS ETIOLOGIQUES,
PATHOGENIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES. °

Nous distinguerons d'emblée dans l'étude de ce chapitre deux grandes classes de métrorragies survenant au voisinage de la ménopause :

1° *Les métrorragies d'origine extra-génitale ;*

2° *Les métrorragies d'origine génitale.*

I. MÉTRORRAGIES D'ORIGINE EXTRA-GÉNITALE.

Ces hémorragies de causes extrêmement diverses sont quelquefois par trop négligées dans l'établissement d'un diagnostic, comme l'a fait si justement remarqué Siredey lors du rapport de Moulonguet à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris sur la conduite à tenir en présence d'une hémorragie utérine à l'âge de la ménopause. Ceci démontre combien il est utile en présence du cas clinique qui nous occupe de toujours pousser l'investigation clinique jusque dans ses moindres détails, depuis l'interrogatoire jusqu'à l'examen gynécologique et aux examens de laboratoire. Il est donc indispensable de pratiquer un examen général systématique qui permettra de déceler des causes auxquelles il suffit de penser ; à ce propos Siredey raconte l'histoire d'une malade de Dijon, pléthorique, affectionnant tout particulièrement la bonne chère et qu'il a guéri par le simple régime. Il note d'ailleurs l'intérêt que

cette malade portait à sa cave fort bien achalandée en vins fins de Bourgogne. Nous verrons d'ailleurs que l'abus de vin a été décrit comme ayant une influence sur l'apparition de métrorragies.

a) Du côté de l'appareil circulatoire nous retiendrons la valeur des altérations de la crase sanguine, les poussées d'hypertension, les affections cardiaques et cardio-rénales et en particulier les auteurs insistent sur le rétrécissement mitral.

b) Des troubles de l'appareil digestif peuvent aussi provoquer l'apparition de certaines métrorragies, en particulier les affections hépatiques (surtout l'insuffisance de cette glande), la lithiase biliaire, l'entérocolite à rechute, l'appendicite chronique.

c) Les états d'intoxication avec augmentation du taux de la cholestérine, l'abus de la viande, des mets épicés, du vin (Siredey) ne seraient pas sans importance.

d) Siredey insiste également sur l'influence du surmenage, de l'abus de l'automobile.

e) On a signalé aussi l'influence de l'opothérapie ovarienne intempestive pratiquée aux environs de la ménopause par beaucoup de malades, sans même demander l'avis de leur médecin.

Sans attacher trop d'importance à ces causes extra-génitales de métrorragie au voisinage de la ménopause, nous croyons utile de rappeler qu'elles ont été signalées par les auteurs, et en particulier par Siredey, et qu'elles peuvent toujours être en cause.

Elles doivent d'ailleurs certainement correspondre dans les différentes statistiques publiées récemment par Jean Quenu, Cl. Beclère, Picard, Fania Rosenstein, sur l'étiologie des métrorragies à l'âge de la ménopause, à ce que ceux-ci classent sous le titre « métrorragies de causes inconnues, ou métrorragies de causes diverses ».

Nous n'omettons pas de penser avec Douay que malgré

ces nombreuses causes extra-génitales, il peut toujours y avoir *coexistence de cancer* apportant par là un argument de plus à la nécessité d'une exploration endo-utérine, et démontrant le danger qu'il y aurait à s'entêter dans une thérapeutique médicale.

II. MÉTRORRAGIES D'ORIGINE GÉNITALE.

Pour mettre un peu d'ordre dans notre description et dans le but d'éviter l'énumération fastidieuse des différentes causes que nous engloberons dans ce sous-chapitre, nous distinguerons :

1° *Les hémorragies dues à une cause extra-utérine.*

2° *Les hémorragies dues à une cause utérine.*

a) *Hémorragies dues à une cause extra-utérine.*

Ce sont surtout les lésions salpingo-ovariennes qui sont en cause. C'est tantôt, un kyste, une tumeur ou une lésion infectieuse de l'ovaire, tantôt une salpingite que l'on incrimine. Tenconi, Taranelli, rapportent plusieurs cas de métrorragie à l'âge de la ménopause par carcinome de l'ovaire. M. le Professeur Jeanneney a observé également un cas de métrorragie due à un volumineux hydrosalpinx droit qui a fait l'objet d'une importante publication. A ce propos M. le Professeur Jeanneney étudie les lésions annexielles en temps que facteur d'hémorragies génitales ; un fait semble se dégager : ce sont surtout *les salpingites kystiques ou l'ovarité sclérokystique* (Sedeilhan, Thèse Bordeaux 1925) qui provoqueraient surtout des métrorragies ; on a cherché à en établir la pathogénie : Dalcher parle de « dys-ovarie », Jayle « d'ataxie ovarienne », Forgeue et Massabuau pensent plutôt à une hyperproduction de cellules lutéïniques de la thèque, véritable substratum anatomique de la sécrétion interne de l'ovaire. Cette question avait fait

déjà l'objet de maintes études. Déjà en 1905, Delespine montre dans sa thèse que seulement dans 46 % des cas de salpingites, les règles sont normales. En 1910, Goth sur un total imposant de 700 observations de tumeurs inflammatoires des annexes, ne trouve des hémorragies utérines vraies que dans 80 cas.

En somme les lésions de salpingites kystiques ou d'ovaire scléro-kystique seules parmi les différentes lésions annexielles peuvent être à l'origine de certaines métrorragies: celles-ci prennent quelquefois un caractère grave et seul le traitement chirurgical peut amener la guérison de ces malades.

b) *Hémorragies dues à une cause utérine.*

1° Il importe de signaler d'abord l'importance d'une cause de métrorragies, d'ordre médical que l'on a tendance bien souvent à méconnaître. En effet, la *syphilis utérine* peut donner d'importantes hémorragies qui d'ailleurs cèdent mal au traitement antisypilitique. Mlle Gaboriau, dans sa thèse sur les hémorragies dites essentielles de la ménopause, Picard également dans sa thèse, Siredey surtout qui a attiré l'attention sur les métrorragies d'ordre médical, la passent sous silence. Cependant Véra Verjbitzky (Thèse de Paris 1933) y insiste tout spécialement et elle déclare notamment dans ses conclusions : « Cette affection occupe une place importance dans l'étiologie des métrorragies de la ménopause. » En effet, lorsqu'on se trouve en présence d'une métrorragie à l'âge de la ménopause, il faut toujours penser qu'elle peut être en cause et peut éviter à la malade une hystérectomie, opération qui présente tout de même une mortalité de 8 à 10 % : ce qui n'est pas négligeable.

2° *Le fibrome sous-muqueux du fond de l'utérus.*

Longtemps le fibrome a été considéré comme une cause fréquente d'hémorragies à l'âge de la ménopause, mais il est bien entendu que nous éliminerons de notre étude le

cas d'un volumineux fibrome facilement diagnosticable par le seul examen clinique. Les anciens auteurs ont attribué trop souvent des hémorragies survenant à l'âge de la ménopause à un « utérus fibromateux » ou scléreux, alors qu'il s'agissait de lésions dystrophiques bien connues aujourd'hui et que Moulonguet et Lecène ont décrit sous le nom d'hyperplasie muqueuse bénigne. Cependant parmi les causes de syndromes hémorragiques utérins à la ménopause, les fibromes sous-muqueux du fond de l'utérus représentent une variété non exceptionnelle et répondent néanmoins à un minimum de signes physiques : Sur un total de 100 cas de métrorragies à l'âge de la ménopause, Jean Quénu et Cl. Bécclère les trouvent en cause dans 10 % des cas. Ils ont été étudiés récemment dans une publication dans la Revue Française de gynécologie et d'obstétrique en décembre 1933 et dans une communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux en janvier 1934 par M. le Professeur Jeanneney.

Ils se signalent sous deux formes bien distinctes : ou bien par un syndrome douloureux, avec douleurs à caractères de coliques utérines, ou bien par un syndrome hémorragique en l'absence presque totale de signes physiques. Le second syndrome seul nous intéresse dans cette étude.

Ils se caractérisent par des ménorragies et des métrorragies sans signes physiques appréciables.

3° *Le Polype intra-utérin.*

Son rôle n'est pas négligeable au moment de la ménopause puisque Quénu et Bécclère le trouvent en cause dans 4 % des cas. Il provoque des hémorragies importantes et son existence est bien connue des chirurgiens.

1° Nous signalerons pour être complet la possibilité, même à cette époque de la vie génitale de la femme, d'un avortement ou d'une rétention placentaire.

IV. *Le cancer du corps.*

Sans être d'une extrême fréquence il faut toujours penser en présence d'une malade accusant des hémorragies au voisinage de la ménopause, à l'existence possible de lésion néoplasique ; on avait cru jusqu'à ces derniers temps à son existence beaucoup plus grande *après la ménopause*. J.-L. Faure s'était fait le défenseur opiniâtre de cette idée, et pour lui ainsi que pour Léo, Tixier, Polosson, 90 % des métrorragies après la ménopause seraient dues à un cancer du corps. Toutefois, ces données sont de plus en plus contredites par les récents travaux et les statistiques de Ducuing de Toulouse, de Fania Rosenstein de Strasbourg, et enfin par la toute récente publication de M. le Professeur Guyot et de son élève le docteur Courriades qui rapportent 25 cas de métrorragies post-ménopausiques dans lesquels le cancer du corps n'est en jeu que dans 14 % des cas.

Au voisinage de la ménopause, le cancer du corps est quelquefois méconnu. A ce propos, nous reproduirons cette phrase de Monod : « La méconnaissance des cancers du corps utérin n'est pas pour surprendre si l'on réfléchit à la facilité avec laquelle en présence de métrorragies de causes indéterminées aux environs de la quarantaine on porte le diagnostic paresseux et imprécis, soit d'utérus fibromateux, soit de métrite hémorragique ».

Cependant il en existe de nombreux cas qui ont fait l'objet de maintes publications.

Mlle Gasne en rapporte 8 observations dans sa thèse. Moulouguët signale un cas qui fut méconnu en absence de curettage explorateur et irradié pour obtenir la castration : la mort se fit par généralisation pelvienne rapide.

Mme Fania Rosenstein en signale également quelques cas.

Lecène rapporte 5 cas de cancers, observés entre 41 et 51 ans.

J. Duval dans sa thèse rapporte sur 117 observations de cancer du corps 10 cas au voisinage de la ménopause.

Nous nous baserons pour établir la fréquence du cancer du corps utérin au voisinage de la ménopause sur trois récentes statistiques :

1° Celle de Jean Guénu qui sur un total de 44 observations de métrorragies à l'âge de la ménopause donne un pourcentage de 9 %.

2° Celle publiée par Cl. Beclère portant sur 56 observations qui donne un pourcentage de 7 %.

3° Enfin celle publiée dans la thèse de Picard qui porte sur 57 observations et qui donne un pourcentage de 7 %.

Nous pourrions donc dire qu'en moyenne sur cent malades présentant des métrorragies au voisinage de la ménopause huit sont atteintes d'un cancer du corps utérin.

D'après les travaux anatomo-pathologiques qui ont fait l'objet de la thèse de Mlle Gasne ces lésions observées au voisinage de la ménopause seraient le plus souvent des lésions précancéreuses : sur 12 observations qu'elle publie où le laboratoire a mis en évidence des lésions d' « hyperplasie précancéreuse », 8 concernaient des femmes de 42 à 50.

Il est intéressant de remarquer en s'appuyant sur les recherches bibliographiques de Mlle Gasne que la question a été étudiée depuis 1877 avec Schröder en Allemagne et ce n'est que 13 ans plus tard que Pozzi déclare : « Quant à l'adénome malin, c'est en somme le processus initial du cancer de la muqueuse. » En 1900 paraissent la thèse de Pettit sur « le diagnostic histologique des curettages utérins, la thèse d'Olivarès.

Parmi les travaux récents nous signalerons les travaux du Laboratoire du Professeur Sabrazès, l'article de Vitrac en 1921 sur l' « adénome papillaire diffus et végétant de la muqueuse utérine » et le travail de Bardon en 1926 sur « l'adénome végétant et diffus de la muqueuse du corps utérin ».

V. *Les lésions dystrophiques de la muqueuse utérine du myomètre et des vaisseaux utérins.*

Fréquence. — Ces lésions dominent toute l'étiologie des métrorragies au voisinage de la ménopause par leur grande fréquence. Si nous nous reportons aux trois différentes statistiques que nous avons citées ci-dessus, nous voyons que Jean Quénu les met en cause dans 53 % des cas, Beclère dans 50 % des cas et enfin Picard dans 57 % des cas.

Anatomie-pathologique. — C'est à Lecène et à Moulonguet que l'on doit la description anatomo-pathologique précise de ces altérations de la muqueuse utérine.

Elles étaient bien connues mais chaque auteur les décrivait sous une appellation différente ce qui a retardé pendant longtemps leur connaissance parfaite.

Tous les termes sclérose utérine, artério-sclérose utérine, métrite proliférante, métrite fongueuse, villeuse, polypeuse, métrite hémorragique sont synonymes et désignent tous des mêmes lésions.

Moulonguet insiste sur le fait que ce sont toutes de mauvaises appellations du fait que ces altérations de structure ne se rattachent à aucun processus infectieux : c'est cette idée que Siredey résume en ces mots : « le terme « métrite hémorragique » a vécu ! ».

Ces lésions forment une entité histologique bien spéciale qui ne sont, répétons-le, pas plus d'ordre infectieux que néoplasique. Elles sont désignées sous le nom d'*hyperplasies glandulaires bénignes*; les récents travaux ont fait abstraction des lésions des vaisseaux du muscle utérin. Il est en effet fréquent de rencontrer des lésions vasculaires, tout au moins ébauchées, à la ménopause, sur des utérus qui n'ont jamais donné lieu à des accidents ; il est donc permis de douter de leur rôle pathogène. Scott notamment (Am. J. obst. and. Gyn., 1921) examinant un nombre important d'utérus hémorragiques et d'utérus témoins, n'a pas constaté de différences bien tranchées entre les

deux groupes au point de vue de la morphologie des vaisseaux.

La sclérose de l'appareil musculaire ou « sclérose utérine » est rejetée de même par Moulonguet quant à son rôle dans les métrorragies. « Des examens anatomo-pathologiques nombreux faits sur une grande série de malades, ne confirment pas le rôle important attribué à la sclérose utérine. Elle est très fréquente chez les multipares et souvent en l'absence de tout symptôme pathologique ; elle manque souvent chez des femmes atteintes de métrorragies. Son rôle dans les métrorragies qui peut être parfois invoqué serait donc exceptionnel. »

Quel est l'aspect histologique caractéristique de cette hyperplasie muqueuse bénigne ?

C'est une prolifération de *tous* les éléments de la muqueuse utérine, stroma et glandes. Le stroma est œdémateux, gorgé de suc. Kreis a d'ailleurs voulu lui faire jouer un rôle spécial dans la pathogénie de l'hémorragie. Ce stroma est en effet constitué par un grillage fibrillaire qui supporte les éléments cytogènes : or des altérations de ces fibrilles entraînant la fragilité de la muqueuse ou la production de véritables escarres pourraient être constatées dans certains cas. Les glandes très nombreuses, sont tantôt sinueuses en dent de scie, tantôt dilatées, kystiques. La multiplicité de ces glandes dilatées donne un aspect alvéolaire, en éponge très spécial et à ce propos Cl. Béchère signale que les Américains qui appellent cette lésion « *hyperplasie endométriale* », qualifient ces coupes de « *swiss cheese* » ou aspect en « *fromage de gruyère* ».

Le diagnostic histologique avec certaines lésions précancéreuses qui imiteraient ces lésions d'hyperplasie glandulaire bénigne est possible ; car dans ce cas si les glandes sont augmentées de nombre et de volume le stroma est

étouffé et en examinant la coupe avec attention dans les lésions dystrophiques on ne voit qu'une seule rangée de cellules *claires, petites, régulières* avec présence de sécrétion mucoïde. De plus Mlle Gasne affirme l'extrême rareté de ces lésions précancéreuses prêtant à confusion.

Pathogénie.

Comment peut-on expliquer l'existence de ces aspects histologiques ? Comment peuvent-elles provoquer des hémorragies ?

Nous avons vu la faible valeur que l'on peut accorder aux modifications vasculaires, à la sclérose utérine car on les trouve dans le processus normal de la régression post-gravidique ; elles sont fonction de l'âge et du nombre des grossesses antérieures et s'observent aussi bien chez les femmes n'ayant jamais eu de métrorragie (Pankoff-Spi-vack).

Mais les travaux d'Hitschmann et Adler puis ceux de Fraenkel, puis ceux de Wagner rapportés par Cotte sur la physiologie de la menstruation ont permis des hypothèses intéressantes. Il existe en effet des relations cycliques de l'ovaire et de la muqueuse utérine à l'origine de la menstruation normale. On sait maintenant qu'il existe deux hormones bien différentes sécrétées par l'ovaire :

1° *L'Hormone folliculaire* qui est à l'origine de l'hyperplasie fonctionnelle de la muqueuse utérine.

2° *L'Hormone du corps jaune de menstruation* qui sécrète la lutéïne et qui provoque la préparation de la muqueuse utérine en vue de la nidation de l'œuf. Hitschmann, Adler, Fraenkel, avaient cru au contraire qu'elle déterminait l'hémorragie menstruelle, mais d'après les travaux de Wagner l'hémorragie menstruelle ne se produirait qu'à la régression du corps jaune menstruel s'il ne se produit pas de fécondation de l'œuf.

Cette influence des hormones ovariennes sur l'hyperplasie prémenstruelle de la muqueuse utérine étant bien connue aujourd'hui, ou tout au moins admise comme telle, les auteurs ont rattaché au dysfonctionnement des hormones ovariennes au voisinage de la ménopause, les modifications semblables de la muqueuse utérine qui expliqueraient les hémorragies anormales qu'on observe.

Déjà en 1912, Forgue et Massabuau ont émis cette hypothèse et recherchent des lésions anatomiques ovariennes qui signeraient le dysfonctionnement de l'organe : ils décrivent même des « lésions microkystiques ».

De Rouville, Sappey, Moulonguet et tout récemment Cl. Béchère admettent que l'hyperplasie glandulaire qui entraîne des hémorragies est le résultat de troubles hormonaux ovariens. « La lésion utérine n'est nullement par elle-même la cause des métrorragies, elle accompagne ces hémorragies mais n'en est pas la raison d'être ». « La dysovarie entraîne la dysmétrie » (M. Moulonguet).

Ces métrorragies par trouble hormonal ovarien correspondent aux hémorragies de la ménopause des anciens auteurs et méritent un nom particulier, nous les appellerons :

« *Métrorragies fonctionnelles ménopausiques d'origine ovarienne.* »

Ce sont les « *métropathies hémorragiques* » des auteurs allemands.

Plusieurs faits expérimentaux viennent corroborer cette notion :

a) d'abord l'apparition de ces pertes aux deux pôles de l'activité génitale (puberté et ménopause au moment où les fonctions de sécrétion interne sont en pleine perturbation).

b) De plus si l'on pratique un curettage il y a d'abord disparition des hémorragies et en même temps souvent disparition des règles. Puis au bout de deux ou trois mois les hémorragies reprennent aussi irrégulières que par le

passé. Un nouveau curettage produit les mêmes modifications.

c) Mais si au début on supprime la fonction ovarienne par la roëntgenthérapie ou la curiethérapie, les hémorragies disparaissent *sans aucun traitement utérin*.

« Ces deux éventualités constituent une véritable expérience » (Cl. Béchère).

d) Enfin si on ne pratique pas d'autre traitement les hémorragies continuent pendant quelque temps, puis un jour disparaissent spontanément et pour toujours ; la malade est alors définitivement ménopausée.

En résumé beaucoup de métrorragies à l'âge de la ménopause ne sont pas dues à une lésion organique. Il faut faire une large place aux hémorragies fonctionnelles ménopausiques dans l'étiologie de ce syndrome.

Toutefois le diagnostic en est souvent assez difficile et nous avons vu toutes les nombreuses hypothèses qui peuvent se poser dans l'esprit du médecin en présence d'une métrorragie seul symptôme au voisinage de la ménopause.

Pour résumer les notions étiologiques que nous venons de décrire il nous paraît utile de reproduire ici le tableau récapitulatif des causes des métrorragies à l'âge de la ménopause publié par Cl. Béchère.

CAUSES DES METRORRAGIES DE 40 ANS A LA MENOPAUSE

Lésions	Statistique de Jean Quenu 44 obser- vations	Statistique de Cl. Beclère 56 obser- vations	Total des deux statistiques 100 obser- vations
	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage</i>
Cancers intra-utérins	9	7	8
Fibromes sous muqueux	9	10,7	10
Polypes	4,5	3,5	4
Rétentions placen- taires	—	5,6	3
Salpingites kysti- ques	2	5,6	4
Ovaires kystiques .	2	—	1
Lésions chirurgica- les (Total)	27	32	30
Métrorragies fonc- tionnelles ménopau- siques	53	50	51
Métrorragies fonc- tionnelles infec- tieuses	9	10,7	10
Métrorragies de cau- se inconnue	11	7	9
Métrorragies fonc- tionnelles (Total).	73	68	70

Le diagnostic ne pourra donc être posé convenablement que sur la connaissance de ces différentes données étiologiques et anatomo-pathologiques.

Tout le problème se résume donc à préciser ce diagnostic.

S'agit-il d'une lésion maligne ?

Peut-on se fier aux renseignements physiques ?

Les caractères de l'hémorragie suffisent-ils à établir un diagnostic certain ?

Quel est le moyen de diagnostic le plus sûr ?

Autant de questions que nous nous efforcerons d'élucider.

DIAGNOSTIC

Cette pose en véritable principe « que chez une femme au voisinage de la ménopause et qui a des métrorragies le premier devoir du médecin est de s'assurer que ces hémorragies ne sont symptomatiques d'aucune lésion gynécologique qui demande à être traitée ni d'aucune cause d'ordre général ».

Certes cette phrase résume bien l'attitude du médecin devant un cas de métrorragie à l'âge de la ménopause, mais nous voudrions préciser cette règle de conduite. Avant tout le problème le plus important est celui qui consiste à *éliminer l'hypothèse d'un cancer* qu'il faut toujours craindre malgré sa faible fréquence dans le cas que nous étudions ; mais il est un fait certain c'est qu'il peut exister, et nous devons mettre tout en œuvre pour le dépister.

Avant d'aborder de plus près le problème, il nous semble utile de décrire succinctement comment s'établit normalement la ménopause.

La *ménopause* classiquement se traduit par *la cessation complète de la menstruation* caractéristique de la période d'activité génitale de la femme.

Elle s'accompagne de phénomènes généraux critiques importants qu'il sera utile de faire préciser pour l'examen complet de la femme.

Ce sont avant tout des phénomènes vaso-moteurs : bouffées de chaleur, plusieurs fois par jour, surtout pénibles la

nuît et après les repas : elles ne manquent presque jamais dans le syndrome : elles sont souvent accompagnées de gêne précordiale, de sensations d'étouffements de dermatoses, de troubles psychiques peu marqués, d'irritabilité.

La ménopause s'accomplit suivant des modalités bien différentes. Schématiquement on peut distinguer trois modes :

a) La ménopause s'établit *en un temps*. — C'est une femme qui jusqu'alors bien réglée voit brusquement ses règles disparaître. Une aménorrhée s'installe définitive avec les troubles vaso-moteurs caractéristiques, bouffées de chaleur, etc...

b) Mais plus souvent elle s'opère *par étapes rapprochées*. — Les règles sont devenues irrégulières dans leur apparition et dans leur durée ; elles peuvent être du moins en moins abondantes ou au contraire très abondantes.

c) Enfin par étapes successives espacées. — Les règles diminuent d'abondance et sont séparées par des périodes d'aménorrhée de 2 à 3 mois, pour disparaître complètement par diminution progressive.

Ainsi donc, en somme, la ménopause se traduit chez une femme normale par une irrégularité des règles précédant leur disparition complète dans un laps de temps et suivant des modalités très variables suivant les sujets.

Mais toutes les hémorragies survenant chez ces malades plus ou moins bien réglées, c'est-à-dire toute métrorragie constituera un accident dont on devra rechercher l'étiologie minutieusement.

Sur quels renseignements pourra-t-on se baser pour arriver à ces fins ?

- a) La recherche des antécédents ?
- b) Les caractères de métrorragies ?
- c) Les signes physiques ?
- d) L'exploration endo-utérine ?

a) LES ANTÉCÉDENTS.

S'il est important de préciser par l'interrogatoire les antécédents personnels et héréditaires, la profession, les excès alimentaires de la malade, il faudra surtout connaître son passé génital ; les grossesses, les avortements et surtout les modalités de la menstruation qui peuvent nous donner quelquefois des renseignements utiles.

On a en effet observé que les femmes atteintes de fibromes sous-muqueux avaient présenté des hémorragies progressivement croissantes du type ménorragique, avant de voir apparaître de véritables métrorragies. Par contre, la très grande majorité des femmes ayant présenté des métrorragies dues à des lésions dystrophiques du type hyperplasie glandulaire bénigne ou « métropathie hémorragique », (comme disent les auteurs allemands), accusent des règles très régulières avant l'apparition du symptôme anormal, ainsi d'ailleurs que les femmes présentant un cancer du corps utérin.

b) LES CARACTÈRES DES MÉTRORRAGIES.

Après avoir recueilli ces divers renseignements qui cependant ne permettent pas de poser un diagnostic, il sera très utile de rechercher les caractères de métrorragies.

S'agit-il d'une véritable métrorragie ?

Quel est l'aspect du sang ? La quantité perdue ?

A combien de temps remonte le début ?

Quelle est la durée de la métrorragie ?

Autant de questions où dans le cas qui nous occupe il faudra obtenir une réponse aussi précise que possible.

Le fibrome sous-muqueux fundique, dont la symptomatologie spéciale a été décrite par Monsieur le Professeur Jeanneney se révèle par des ménorragies et des métror-

ragies, une hydorrhée discrète jamais infectée, en l'absence presque totale de signes physiques ou par un syndrome douloureux à caractère de coliques utérines ou de coliques salpingiennes avec parfois de la dysménorrhée.

Les fibromes sous-muqueux fundiques qui se révèlent cliniquement par des hémorragies, en l'absence presque totale de signes physiques, nous intéressent seuls dans cette étude.

En effet, le contraste entre la pauvreté des signes physiques et l'acuité des signes fonctionnels risque d'être la source de nombreuses erreurs de diagnostic, et on a attribué souvent à tort ces troubles hémorragiques à des scléroses utérines, à des métrites hémorragiques ou enfin à des troubles de la ménopause.

Au toucher, on trouve un col normal, un utérus de volume normal ; comme il s'agit parfois de femmes un peu corpulentes, le toucher bi-manuel ne décèle aucune bosse-lure particulière, cependant chez les maigres, un toucher attentif permettrait de découvrir parfois un fond utérin un peu bosselé.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces fibromes sous-muqueux du fond à évolution cavitaires s'opposent aux fibromes interstitiels du fond utérin qui, eux, poussent vers l'abdomen étirant l'abdomen « en montgolfière » et n'ont qu'une très médiocre tendance à saigner (Jeanneney).

Le diagnostic ne peut donc se poser avec précision, on peut tout juste arriver à soupçonner un fibrome du fond utérin lorsque chez une femme au voisinage de la ménopause on constate après une période ménorragique des métrorragies contrastant avec une indigence quasi complète de signes physiques.

L'hystérogaphie donnant une image en « Y » peut alors permettre un diagnostic un peu plus certain. Tels sont les indices qui permettront de penser à cette intéressante variété topographique des fibromes sous-muqueux sur la-

quelle, semble-t-il, l'attention n'avait pas encore été attirée (Jeanneney).

Le polype intra-utérin donne des hémorragies profuses, abondantes et quelquefois fétides, lorsqu'il est atteint de sphacèle. J.-L. Faure professe que les métrorragies franchement « *périodiques* » « bien rythmées » sont plutôt en faveur d'un myome ou d'une sclérose uétro-ovarienne, par contre, la *continuité* et l'*importance* des hémorragies doivent être une présomption en faveur du cancer. Si toutes ces données cliniques ont leur valeur, aucune n'apporte encore de certitude dans l'établissement du diagnostic.

Cependant Cl. Béchère aurait isolé un tableau clinique qu'il déclare *typique* et qui permettrait de poser à coup sûr le diagnostic de métrorragies fonctionnelles ménopausiques d'origine ovarienne caractérisées par des lésions d'hyperplasie glandulaire bénigne que nous avons décrites dans le chapitre précédent. Ce syndrome n'est pas toujours purement typique ; mais lorsqu'il existe il se traduit par la triade symptomatique suivante :

1° *Le début brusque.*

La malade qui jusqu'alors était très bien réglée devient brusquement d'un mois à l'autre « détraquée » comme elle le déclare elle-même. A cela Cl. Béchère oppose les métrorragies du petit myonme sous-muqueux qui ont été précédées pendant assez longtemps par des modifications des règles qui devenaient progressivement et régulièrement plus abondantes.

2° *Les périodes d'aménorrhée.*

C'est l'élément le plus caractéristique du syndrome qui prouverait bien le dysfonctionnement ovarien. « La malade qui était très bien réglée reste deux ou trois mois consécutifs sans perdre une goutte de sang. » Ceci ne s'observe jamais dans le fibrome, le polype ou le cancer.

3° *L'alternance irrégulière des périodes d'aménorrhée et des périodes de métrorragie.*

A une période de métrorragie dont la durée varie de dix jours à six semaines, mais dont la durée moyenne est d'une quinzaine de jours, succède une période d'aménorrhée de six semaines à trois mois. Cette alternance se perpétue de façon irrégulière jusqu'à l'installation complète de la ménopause et témoigne de l'irrégularité de la fonction ovarienne avant sa disparition.

Si l'on compare les statistiques de Quénu, de Cl. Beclère et de Picard, on voit que les métrorragies fonctionnelles et ménopausiques dont nous venons de reproduire le tableau clinique d'après Cl. Beclère, représentent environ 60 % des cas de métrorragies observées à l'âge de la ménopause.

La triade symptomatique typique existerait à l'état pur dans 30 % des cas et permettrait à coup sûr de poser un diagnostic. Il ne nous a pas été possible d'observer assez de malades pour pouvoir apporter une opinion personnelle à ce sujet. Il serait intéressant en tout cas de le vérifier.

Il est à remarquer que ces métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne qui, en réalité correspondent à une viciation ou à une exagération des phénomènes menstruels s'accompagnent parfois de phénomènes traduisant la congestion pelvienne (sensation de pesanteur, léger écoulement leucorrhéique prémonitoire) en tous points semblables à ceux qui accompagnent la menstruation normale.

En résumé si les modalités des hémorragies doivent toujours être précisées, si elles peuvent permettre d'aiguiller le diagnostic vers une voie plus que vers une autre, il n'en reste pas moins vrai qu'elles ne sont que des signes de présomption et qu'elles ne peuvent exclure d'autres moyens de diagnostic plus sûrs et plus précieux.

EXAMEN PHYSIQUE

a) *Examen général.*

Il sera intéressant de remarquer si la malade présente un aspect « pléthorique » (Siredey) ou au contraire, un faciès amaigri, pâle.

L'appareil circulatoire doit nécessairement être exploré et en particulier il sera indispensable de connaître la tension artérielle.

On recherchera également si la malade ne présente pas d'insuffisance hépatique ou quelques symptômes pouvant faire penser à une maladie du sang dont la méconnaissance pourrait aboutir à des désastres (Moulonguet). Dans quelques cas il deviendra même utile de pratiquer la recherche du temps de saignement, du temps de coagulation et une formule hémoleucocytaire.

Enfin, on devra aussi penser à une syphilis possible, que l'on pourra soupçonner par les résultats de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

b) *Examen gynécologique.*

Il est d'une importance capitale, il est la clef du diagnostic.

La palpation d'un gros fibrome et d'une grosse tumeur de l'ovaire à travers la paroi abdominale ne nous retiendra pas, car le diagnostic d'intervention est posé dans la majorité des cas.

Au toucher vaginal, il nous sera possible de déceler un cancer du col de l'utérus par la sensation caractéristique donnée par le col qui est *rigide*, comme *empesé*, *saignant au contact*, qui pourra très bien coexister avec une métrorragie fonctionnelle ovarienne ménopausique.

Il sera important de penser aussi à un *cancer du col intra-cervical* qu'il est assez facile de méconnaître au cours

d'un toucher par trop hâtif; il est cependant même au cours d'un examen soigné, d'un diagnostic difficile et à ce propos, Moulonguet a publié le cas d'une femme de 47 ans, qui, présentant des métrorragies, fut traitée par des applications de radium à dose de castration; cette malade présentait un épithélioma pavimenteux d'origine cervico-utérine. A l'hystérectomie, Moulonguet trouva une infiltration pelvienne néoplasique très avancée. Il fait remarquer que l'application de radium à dose de castration n'avait eu aucune influence favorable sur la lésion cancéreuse, qui pourtant est radio-sensible, mais au contraire, il semblerait qu'elle eût provoqué une phase aiguë du processus cancéreux. La malade a d'ailleurs succombé rapidement de généralisation de son cancer.

On peut aussi percevoir par le toucher une masse *pédiculée, friable*, accouchée par l'orifice du col qui permet en général assez facilement de poser le diagnostic de polype d'origine intra-utérine.

Dans les culs-de-sac vaginaux on pourra se rendre compte de l'existence d'une tumeur annexielle kystique, qui engendre principalement des métrorragies.

Le toucher combiné au palper permettra de noter la position du corps utérin, son volume et dans certains cas la palpation de quelques bosselures fibromateuses, pouvant faire soupçonner un fibrome sous-muqueux du fond de l'utérus (ceci d'ailleurs arrive fort rarement). Le plus souvent à l'âge de la ménopause, lorsqu'on touche une femme qui présente des métrorragies, on trouve un col normal de forme et de consistance, avec seulement un corps utérin *un peu gros* mais qui paraît régulier et indolore. Il s'agit dans ce cas de métrorragie fonctionnelle ménopausique d'origine ovarienne.

Au spéculum, on vérifiera toutes les données fournies par le toucher.

En résumé, si après un examen systématique on peut

avoir dans les cas heureux une forte présomption pour une lésion ou pour une autre, il reste beaucoup de cas où le diagnostic est hésitant. A l'âge de la ménopause, chez une femme qui présente des métrorragies, il est un fait que le plus souvent on ne puisse affirmer un diagnostic précis, fondé seulement sur l'examen clinique.

Les auteurs se sont efforcés de rechercher des moyens de diagnostic qui donneraient le plus de certitude possible : il semble que seule l'exploration endo-utérine puisse nous permettre de conduire une thérapeutique basée sur un diagnostic précis.

c) *Exploration endo-utérine.*

L'exploration digitale intra-utérine préconisée par Cotte a trouvé sa condamnation dans cette phrase de Moulonguet « Rien ne ressemble plus, à l'œil ou au toucher, à un néoplasme végétant comme ces muqueuses polypoïdes villeuses, fongueuses et friables qui constituent la plus fréquente et la plus bénigne aussi des lésions dystrophiques utérines que les radiations guérissent par la castration sèche ». Cependant, c'est un procédé qui peut donner des renseignements utiles à un doigt exercé. La critique de Moulonguet pourrait s'appliquer aussi bien au curettage explorateur, qui est basé sur l'examen histologique qui quelquefois éprouve lui-même de sérieuses difficultés à opérer cette discrimination.

Il est cependant plus judicieux d'attacher une plus grande importance à un examen histologique qu'à une sensation sujette à des erreurs.

L'hystéroscopie qui avait été mise en valeur en 1908 par Charles David (thèse de Paris) serait un procédé d'exploration d'une grande simplicité, d'une technique facile, ne provoquant chez les malades aucune sensation pénible. « Elle permet de faire le diagnostic précoce de « l'épithélioma ». Ce moyen d'exploration endo-utérine gagnerait

peut-être à être plus largement étudié, a fait d'ailleurs l'objet d'une thèse récente inspirée par M. le professeur Guyot. (Thèse Soubdé).

On s'étonne cependant que ce procédé qui a été étudié déjà depuis 26 ans, ne soit pas en faveur actuellement auprès des gynécologues. Peut-être a-t-il une valeur beaucoup plus théorique que réelle.

L'hystéroggraphie.

C'est une méthode qui peut rendre de signalés services mais il ne faut pas l'employer systématiquement. Ce n'est pas une méthode d'exclusion, elle doit plutôt, au contraire être considérée comme une méthode complémentaire. Elle doit précéder le curettage biopsique surtout dans les cas où l'on soupçonne une lésion chirurgicale (néo du corps, fibrome sous-muqueux fundique, polype, salpingite kystique).

De nombreux auteurs l'ont mise en application, et surtout Cl. Beclère qui à maintes reprises en a publié les résultats.

La technique en est bien précisée aujourd'hui. « C'est une véritable petite intervention gynécologique qui doit être pratiquée avec tous les soins d'asepsie, la malade étant hospitalisée » (Cl. Beclère).

Lorsqu'on obtiendra une image anormale, ceci permettra d'affirmer :

- 1° Qu'il existe une lésion organique;
- 2° La localisation de cette lésion;
- 3° Elle permettra de « guider la curette ».

On a cependant adressé maintes critiques à cette méthode à laquelle on a reproché surtout trois choses :

- 1° Les dangers d'infection;
- 2° Les dangers de dissémination cancéreuse;
- 3° Les dangers d'injection vasculaire accidentelle et embolie possible.

Beclère a répondu assez facilement à ces critiques, fort de sa grande expérience personnelle et des observations qu'il a faites sur de nombreux cas. Il pense en particulier

qu'avec une technique rigoureuse et l'emploi du lipiodol français, il est facile d'éviter le danger d'infection.

Quant à la dissémination cancéreuse, il pense cette critique beaucoup plus virtuelle que réelle, car en général, la majorité des malades atteintes d'un cancer du corps diagnostiqué, sont hystérectomisées rapidement.

Il y a une contre-indication formelle à la pratique de l'hystérographie : c'est l'existence chez la malade d'une poussée infectieuse, utérine ou salpingienne, ou d'un état subfébrile.

En résumé, l'hystérographie ne peut servir à poser un diagnostic à l'exclusion du curettage biopsique ; *elle doit au contraire guider utilement la curette et permet de faire la biopsie au bon endroit.*

« Immédiatement, elle sépare les cas chirurgicaux des cas fonctionnels » (Cl. Beclère).

Si l'hystérographie marque une étape utile dans l'établissement d'un diagnostic, c'est-à-dire permet parfois de déceler une lésion chirurgicale, par exemple, un fibrome sous-muqueux du fond de l'utérus avec son image en « Y », il semble qu'il ne faut pas avoir une confiance absolue dans ce procédé d'exploration endo-utérine.

Il existe en effet de nombreux cas où l'hystérographie s'est avérée négative, alors qu'il existait véritablement une lésion chirurgicale objective. C'est du moins l'avis du docteur Jean Villar, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, assistant de M. le professeur Guyot, qui m'a déclaré combien cette méthode lui avait été infidèle.

Beclère affirme que dans ces cas, il s'agirait d'une mauvaise technique de la part de l'opérateur. Si celui-ci a une expérience très grande à ce sujet, il paraît évident qu'il ne faille pas des qualités exceptionnelles de la part du chirurgien pour pratiquer cette petite opération gynécologique qui n'apparaît pas comme étant d'une grande complexité.

En résumé, nous penseront que l'hystérographie présente une réelle utilité, mais nous ne serons pas absolu comme Beclère pour déclarer qu'elle sépare immédiatement les cas chirurgicaux des cas fonctionnels.

LE CURETTAGE BIOPSIQUE

Discussion.

Cette méthode a soulevé une violente polémique; condamnée par les uns, elle est par contre ardemment défendue par les autres.

J.-L. Faure a été un des plus grands détracteurs de cette méthode d'exploration endo-utérine dont il dit à plusieurs reprises « qu'elle est plus nuisible qu'utile et rend de mauvais services ». Cette opinion s'appuyait surtout sur l'idée classique qu'après la ménopause, neuf sur dix des malades qui présentaient des pertes de sang étaient cancéreuses; on conçoit donc que cet auteur ne puisse admettre l'emploi d'une méthode incertaine pour préciser un diagnostic qui s'impose; c'était d'ailleurs également l'opinion de Pauchet, de Leo, de Tixier, Polosson. Mais, comme nous l'avons déjà dit, les dernières statistiques vont complètement à l'encontre de ces idées. En effet, la statistique du Ducuing de Toulouse et tout dernièrement la statistique bordelaise de M. le professeur Guyot qui porte sur 25 cas de métrorragies après la ménopause ne trouve le cancer du corps comme origine d'hémorragie post-ménopausique que dans 15 à 20 % des cas.

D'autre part, beaucoup d'auteurs ont défendu cette méthode. M. Moulonguet et Mlle Gasne déclarent qu'« à l'âge de la ménopause, le curettage biopsique est actuellement nécessaire avant de décider le traitement des métrorragies ». Mériel admet qu'à la ménopause, « seule la biopsie peut dépister un néoplasme du corps ». Muret insiste « sur la valeur thérapeutique du curettage, à condition d'être bien fait et complet ». Parmi les auteurs qui préconisent les

avantages du curettage, il faut citer Novak et Martzloff, Geist et Glassmann aux Etats-Unis, qui emploient systématiquement cette méthode. M. le professeur Guyot dans une publication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, en 1932, a également défendu l'utilité du curettage biopsique.

Dans l'ensemble, si beaucoup d'auteurs discutent encore actuellement l'utilité de la méthode, ils l'admettent cependant dans le cas que nous étudions.

Avant de discuter les critiques qui ont été adressées au curettage biopsique, nous allons préciser la technique du curettage biopsique.

Technique.

Elle doit être extrêmement soignée, extrêmement rigoureuse et lorsqu'il en est ainsi, beaucoup d'objections contre cette méthode ne sont plus fondées. Elle doit être en effet considérée comme une véritable intervention chirurgicale, avec toutes les précautions d'asepsie requises. Jean Quénu préconise la technique suivante, qu'il emploie chez toutes ses malades :

1° Une anesthésie générale.

p° Une dilatation assez large aux bougies.

3° Un curettage *prudent, complet, méthodique*.

4° Une séparation extemporanée des fragments à examiner, des caillots sanguins qui les entourent, en les plongeant dans du sérum physiologique.

5° Quenu pratique toujours l'hystérométrie préalable, qui a l'avantage de renseigner sur l'allongement fréquent de la cavité utérine et sur la direction de cette cavité. Il déclare qu'avec cette technique systématique il n'a jamais observé d'ennuis graves; et la curette n'a pas laissé échapper de cancer du corps au début.

Critiques du curettage.

1° « Lorsque le curettage est positif, lorsqu'il ne fait que confirmer l'absolue nécessité d'une opération décidée,

il est inutile », écrit M. le professeur J.-L. Faure. Nous répondrons que les statistiques récentes déjà citées (Ducuing, professeur Guyot), apportent la preuve que l'opération ne s'impose pas de façon évidente, puisque beaucoup de métrorragies ne sont pas dues seulement au cancer, et guérissent sans opération. Celle-ci ne doit pas être « décidée » d'avance (Fania Rosenstein); elle doit être basée sur un diagnostic solidement établi, et celui-ci ne l'est jamais autant qu'après la clinique que sur l'examen histologique du curettage explorateur; le curettage ne recule pas l'opération, au contraire, il ne peut que la hâter. Le laboratoire doit pouvoir donner une réponse dans les 48 heures et nous ne pensons pas que ce minime retard puisse avoir de l'importance dans l'évolution généralement lente d'un cancer du corps.

2° On a signalé aussi les risques de *perforation*, mais les cas rapportés de perforation utérine au cours d'une curettage sont rares. Hervé, dans sa thèse inspirée par Tixier (Lyon 1929), en rapporte un cas. Deux autres cas sont signalés par Bardon et Mathey-Cornat d'une part, et par Lefèvre d'autre part, enfin on en trouve une autre observation publiée par Pauchet à la Société des Chirurgiens de Paris en 1928. Dans aucun de ces cas, il n'y aurait eu d'accident grave : en effet, ces perforations ne présentent pas le caractère grave que l'on pourrait dès l'abord leur attribuer. M. le professeur Gpyot est d'avis que souvent le traitement médical (repos, glace sur le ventre), suffit à en juguler l'évolution.

Sans doute tous les cas de perforation utérine au cours de curettage n'ont pas été signalés dans les publications médicales, mais Picard apporte dans sa thèse un total de 49 curettages où, dit-il, on n'a jamais observé d'accident de cet ordre.

Certes, ce risque existe, mais un chirurgien averti doit pouvoir facilement l'éviter. Le danger de perforation est

surtout menaçant dans le cas de cancer du corps très avancé, où la paroi utérine est très diminuée d'épaisseur, friable, molle; le premier coup de curette ramène dans ce cas des débris non douteux; avec une certaine habitude, on doit pouvoir les reconnaître. Ils restent gros et forment une masse blanchâtre plus ou moins épaisse; par contre, le débris de muqueuse hyperplasiée s'étalent et se dissocient facilement. Il suffit donc d'avoir une extrême prudence lors du premier coup de curette, qui, lorsqu'il s'agit d'un cancer du corps avancé, renseigne immédiatement le chirurgien par les débris qu'elle ramène. D'ailleurs, au voisinage de la ménopause, on observe presque exceptionnellement des cancers du corps dont l'évolution est presque arrivée à son apogée.

En somme, contre le danger de perforation, on peut répondre que ce n'est pas la méthode qu'il faut incriminer, mais *la faute de technique*.

3° Léo a reproché avec J. Duval au curettage d'être une cause de dissémination cancéreuse, et cite des observations, mais qui ont trait à des métrorragies post-ménopausiques. Il semble que cet argument ait plutôt une valeur théorique, car aussitôt le diagnostic de cancer du corps posé, la malade est immédiatement opérée, à moins qu'elle présente une contre-indication formelle d'ordre général, à subir une intervention, et on conçoit mal qu'en 48 heures par exemple, laps de temps qui sépare le curettage de l'intervention, il puisse se faire une généralisation cancéreuse ou une greffe vaginale comme dans une observation signalée par Duval.

4° Quant aux risques d'infection, s'ils existent réellement, ils sont aussi consécutifs d'une faute de technique. Mais ce qu'il importe de remarquer, c'est que beaucoup d'accidents infectieux signalés après un curettage sont imputables à une infection préalable de l'utérus ou des trompes. Une métrite ou une salpingite en évolution sont donc une contre-indication formelle au curettage, et d'ailleurs

dans ce cas, surtout chez une malade âgée d'une quarantaine d'années, l'hystérectomie d'emblée semble s'imposer.

5° On a prétendu enfin que le curettage biopsique était infidèle, soit que la curette ramenât des débris de muqueuse saine, passant à côté d'un néoplasme, caché par exemple dans une corne utérine, « soit que le débris prélevés soient insuffisants pour être examinés histologiquement d'une façon correcte ». « Une noyau très limité d'épithélioma peut échapper à la curette », affirme Muret, de Lausanne. Pour M. Cadenat, « la certitude n'existe que si la biopsie est indiscutablement positive : il ne faut ajouter qu'une valeur très restreinte à une réponse négative. »

Ces différentes objections ne doivent pas être dédaignées, il est évident que le curettage mal fait ou fait dans de mauvaises conditions peut très bien laisser échapper une lésion maligne, c'est pourquoi nous préconisons l'anesthésie générale, une dilatation suffisante, et un curettage complet et méthodique de la cavité utérine (Quénu).

Une hystérographie soigneuse aura cependant les plus grandes chances, (malgré que ce soit un moyen de diagnostic qui s'est révélé quelque peu infidèle), de ne pas laisser passer inaperçue une petite masse bourgeonnante épithéliomateuse cachée dans une corne utérine, en donnant une image lacunaire.

Cette question du diagnostic histologique des fragments relevés par le curettage explorateur unit plus étroitement que jamais le clinicien et l'histologiste, qui ne doivent pas travailler chacun dans leur sphère, en s'ignorant, mais au contraire, il est indispensable qu'il existe entre eux une collaboration scientifique étroite : l'histologiste s'appuyant pour l'interprétation de ses coupes sur les renseignements cliniques; le clinicien pouvant à son tour discuter l'interprétation d'une coupe.

En résumé, les inconvénients du curettage explorateur sont en réalité inexistantes, ou ont été largement exagérés;

en tout cas, ils ne peuvent pas être mis en opposition avec les immenses avantages qu'il comporte.

En plus de son intérêt diagnostique, le curettage a un intérêt thérapeutique important; l'expérience montre en effet qu'assez souvent le curettage, lorsqu'il n'a pas démontré l'existence d'une lésion maligne, suffit pour faire disparaître les métrorragies et peut même déclencher dans certains cas la ménopause naturelle (Villard, *Lyon chirurgical*, janvier 1931).

Siredey autorise le curettage dans un but thérapeutique, si l'on est absolument sûr de l'absence de cancer : « Si le résultat est négatif, il faut le recommencer si les pertes de sang persistent; souvent alors le curettage constitue le traitement de choix. Picard rapporte dans sa thèse que « sur 56 observations de métrorragies au voisinage de la ménopause, le curettage a montré des lésions bénignes dans 37 cas. Sur ces 37 cas, déclare Picard, nous avons noté que :

1 fois, les métrorragies ont disparu.

12 fois, les métrorragies ont récidivé.

3 fois, il y a eu d'abord amélioration, puis guérison.

On voit donc que le rôle thérapeutique du curettage apporte un argument de plus à sa pratique dans les cas de métrorragies à l'âge de la ménopause.

Si nous voulons résumer les réponses données par le laboratoire, nous considérerons en pratique trois cas; qui nous dictent la conduite à tenir :

1° Le résultat du laboratoire est : épithélioma cylindrique, ou état pré-cancéreux de la muqueuse utérine.

Il n'y a qu'une thérapeutique.

L'HYSTÉRECTOMIE.

2° Le résultat est catégorique, et répond : lésion dystrophique de la muqueuse utérine, type hyperplasie glandulaire bénigne.

IL NE FAUT PAS OPÉRER.

3° Si le résultat est douteux, Jean Quénu propose de surveiller très étroitement ces malades, et d'essayer d'abord un traitement médical provisoire. Après une observation étroite, et après un deuxième curetage pratiqué quelques mois plus tard, si le doute persiste encore, l'hystérectomie s'impose. Siredey, J.-L. Faure, agissent également comme s'il y avait une tumeur maligne. Il semble que dans ces cas où un doute de cancer persiste, la thérapeutique interventionniste soit la plus sage.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le diagnostic étiologique des métrorragies survenant au voisinage de la ménopause étant précisé, la conduite à tenir se trouve singulièrement éclairée. Nous avons vu que seuls le curettage biopsique et l'examen anatomo-pathologique consécutif peuvent permettre la grande discrimination entre les lésions néoplasiques ou précancéreuses et les lésions dystrophiques bénignes d'hyperplasie glandulaire.

Le problème capital se résume en ces deux alternatives : ou bien l'indication chirurgicale s'impose pour un cancer du corps ou bien la curiethérapie ou la radiothérapie pour guérir par la ménopause artificielle les cas d'hyperplasie glandulaire bénigne. Il est des cas cependant où on aura à instituer un traitement médical.

TRAITEMENT MEDICAL

Lorsque la métrorragie s'accompagne d'*hypertension*, il faut associer aux hypotenseurs l'opothérapie ou la greffe. Exceptionnellement on sera amené à y adjoindre l'irradiation des surrénales ou même une surrénalectomie.

Lorsque la métrorragie s'accompagne d'un syndrome vagotonique (pouls lent, nausées, sueurs, asthénie, *hypotension*) c'est qu'elle relève d'une hyperovarie ou d'une hyperhypophysie. Elle sera justiciable alors d'un traitement médical (extrait de corps jaune et adrénaline) beaucoup plus

que de la greffe. C'est ici que l'étude des hormones dans le sang ou l'urine peut rendre de grand services. Hamburger (Klin. Woch., juin 1933) a montré avec Zondeck que l'urine des femmes âgées contenait en général très peu de prolan (moins de 100 unités-souris par litre).

Il est évident qu'en présence d'hémorragies répétées s'accompagnant d'un excès d'hormones il ne faudra « pas craindre d'arrêter définitivement par les rayons X la fonction ovarienne troublée (Cl. Béchère, 1933).

Enfin, l'étude des courbes de folliculinémie révélera sans doute des cas dans lesquels existent des alternatives d'hyperovaries et d'hypoovaries. On sera guidé dans des formes alternantes par le symptôme dominant ; en présence d'hémorragies, castration radiothérapique ; en présence d'hypo-ovarie décompensée, greffe ovarienne.

Le traitement opothérapique est une arme à double tranchant. Nous avons, en effet, déjà signalé que des malades entretiennent leurs hémorragies par l'ingestion intempestive de produits à base de folliculine.

Parmi les produits opothérapiques les plus en faveur actuellement, signalons la Sistomensine ; signalons également que le Dr Jean Villar nous a montré les résultats heureux obtenus chez six malades dont il va publier les observations incessamment, toutes autour de la ménopause, par l'injection d'ampoules préparées par le laboratoire Fournier et qui contiennent un mélange :

D'extrait mammaire.

D'extrait de corps jaune.

D'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Le peu que nous avons dit de l'importance des sécrétions hormonales sur les hémorragies utérines éclaire sur l'emploi de ces hormones toutes les trois anti-hémorragiques.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il s'agit, bien entendu, de l'hystérectomie par voie abdominale haute. Les auteurs font tantôt une hystérectomie subtotale, tantôt une hystérectomie totale ; nous préconiserons plutôt l'hystérectomie totale, en réservant l'hystérectomie subtotale pour les cas où on a affaire à une malade qui a des chances, par son état général déficient, de supporter mal une opération qui présente une mortalité plus importante que l'hystérectomie subtotale.

L'intervention sera toujours faite après les examens de laboratoire indispensables : examen des urines, recherche du temps de saignement et du temps de coagulation, dosage de l'urée sanguine, réaction de Bordet-Wassermann qu'on aura intérêt à compléter par les réactions de Hecht et de Meinicke.

L'hystérectomie s'impose immédiatement, de façon absolue, lorsque le laboratoire aura confirmé le diagnostic de néoplasme du corps utérin. L'intervention sera également exigée lorsque le laboratoire aura des doutes sur la nature de certaines proliférations décrites par Mlle Gasne comme un véritable état précancéreux de la muqueuse utérine, que l'on trouve surtout à l'époque de la ménopause.

L'hystérectomie s'imposera également lorsque, en l'absence de *biopsie*, le cancer pourra être suspecté *cliniquement* par l'amaigrissement, lentement progressif, de la malade (seul signe traduisant quelquefois l'évolution du cancer. P^r Béguoin). L'alternance des hémorragies, avec des périodes d'hydroporrhée ou enfin l'abondance et la continuité des hémorragies.

« En l'absence de biopsie, il vaut mieux opérer que de faire des rayons à l'aveugle (Moulonguet).

Le traitement chirurgical peut seul amener la guérison d'un polype intra-utérin, d'une salpingite kystique ou d'un fibrome sous-muqueux tondique.

A propos de ce dernier cas, M. le P^r Jeanneney pense que ces fibromes, nettement encapsulés et limités au fond utérin, semblent justiciables d'une hystérectomie fundique, mais en pratique le diagnostic n'étant pas toujours fait, on agit plus largement; « le serait-il, déclare-t-il, il nous paraîtrait plus préférable encore de ne pas être conservateur : l'âge des malades conduit à faire une hystérectomie subtotale ou totale, beaucoup plus sûres l'une et l'autre pour l'avenir ».

INDICATION DES RADIATIONS

Le but que l'on se propose est de réaliser la stérilisation des ovaires ; les lésions dystropiques de la muqueuse utérine provoquant la plupart des métrorragies à l'âge de la ménopause ayant leur origine dans la « dysovarie ». En supprimant donc la fonction ovarienne perturbée, on guérit du même coup le syndrome hémorragique.

Déjà, Lawson Tait avait montré, en 1876, que la suppression de l'ovaire guérissait les hémorragies non liées à l'existence d'une tumeur, plus beaucoup plus tard, Bouilly, Forgues et Massabuau ont confirmé l'influence thérapeutique de la stérilisation sur les hémorragies d'origine ovarienne, cette méthode est la méthode de choix pour guérir les métrorragies décrites et isolées par Cl. Béchère sous le nom de métrorragies fonctionnelles, ménopausiques d'origine ovarienne ou par les auteurs allemands sous le nom de métropathie hémorragique. Mais elle ne peut être appliquée que lorsque le laboratoire est absolument affirmatif sur la bénignité de la lésion, c'est-à-dire répond « *hyperplasie glandulaire bénigne typique* », et tombe en parfait accord avec le syndrome clinique observé. Lorsque toute idée de métrorragie lésionnelle est écartée, devant l'importance du syndrome hémorragique entraînant une profonde et rapide altération de l'état général, la castration sèche aura immé-

diatement raison de l'affection. Actuellement, deux méthodes sont utilisées :

La roentgenthérapie,

La curiethérapie.

Il semble que depuis ces dernières années la curiethérapie jouisse d'une plus grande faveur auprès des chirurgiens. En effet :

1° L'agent thérapeutique est porté au niveau de la lésion ;

2° Il agit plus vite, donc économie de temps ;

3° La technique ne demande pas le recours d'un spécialiste, elle est beaucoup plus simple par conséquent que la roentgenthérapie et par là même à la portée de tous ;

4° La dose que l'on emploie est de 20 à 40.000 millimicrocuries détruites ;

5° De plus, la roentgenthérapie, bien qu'actuellement au point et pratiquée couramment par un radiologue averti, demeure une opération aveugle pouvant amener des désordres sur d'autres organes (radiodermite, etc...).

La contreindication formelle à l'application de la curiethérapie et l'existence de lésions inflammatoires annexielles en évolution ou même latentes, car elle peut provoquer dans ce cas une nouvelle poussée. Lorsqu'après un curetage explorateur complet et méthodique, guidé par une histérographie préalable et un examen clinique bien conduit, il est certain que l'on n'a pas affaire à une lésion cancéreuse ou précancéreuse, on pourra être autorisé à temporiser avant de décider un traitement radiothérapique ou curiethérapique. Il est de nombreux cas, en effet, de métrorragies fonctionnelles qui guérissent par la seule pratique du curetage explorateur.

On sera donc autorisé à temporiser :

1° Si les hémorragies sont peu importantes ou peu espacées ;

2° Si la femme est encore relativement jeune et a intérêt

à conserver sa fonction menstruelle (malade entre 40 et 45 ans) ;

3° Si, régulièrement tous les deux ou trois mois, la malade consent à se laisser surveiller régulièrement par son médecin.

OBSERVATIONS

Nous avons classé nos observations d'après les différentes lésions :

1° Les lésions chirurgicales objectives (polypes, fibromes sous-muqueux fundiques, etc.) ;

2° Les métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne.

Les initiales :

A. H. signifient *antécédents héréditaires* ;

A. C. signifient *antécédents collatéraux* ;

A. P. signifient *antécédents personnels* ;

H. M. signifient *histoire de la maladie*.

Pris par le temps, il nous a été impossible de reproduire les observations du service de M. le P^r Guyot.

1° LÉSIONS CHIRURGICALES OBJECTIVES.

OBSERVATION I (résumée).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique.

Mme D..., 50 ans.

Vient consulter, le 26 mai 1932, pour pertes rouges.

A. H. — Père mort à l'âge de 67 ans. Mère morte, à l'âge de 56 ans, d'un furoncle à la lèvre supérieure.

A. C. — Un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents génitaux. — Réglée à l'âge de 14 ans. Les règles

sont régulières et durent quatre jours. Une grossesse à terme à l'âge de 32 ans. Un garçon en bonne santé.

H. M. — Cette malade a été opérée d'un polype en avril 1931. quatre à cinq mois après, sont apparues des pertes rosées jaunâtre, fétides.

Diagnostic. — On avait pensé à un cancer possible. Il s'agit d'un fibrome du fond de l'utérus, confirmé à l'intervention.

OBSERVATION II (résumée).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique.

Mme P..., 47 ans.

Vient consulter, le 10 novembre 1933, pour des pertes rouges.

A. H. — Père mort d'accident. Mère en bonne santé.

A. C. — Un frère mort jeune, probablement de tuberculose.

A. P. — Congestion cérébrale (?), en juin 1933. Douleurs rhumatismales.

Antécédents génitaux. — Réglée à 12 ans. Les règles sont régulières, mais abondantes, et durent six jours. La malade présente également des pertes blanches. Deux grossesses à terme, accouchements normaux. Deux enfants vivants bien portants. Mari en bonne santé.

H. M. — Après une aménorrhée de deux ou trois mois, la malade perd du sang depuis quinze jours.

Cette malade présente, en outre de la dyspnée, des fourmillements et crampes ; un léger œdème des jambes. De plus, elle dort mal et présente un amaigrissement notable.

Diagnostic. — On hésite entre un utérus fibreux à la ménopause et une lésion néoplasique du col possible.

Biopsie (Pr Sabrazès). — Le segment du col montre :

1° Une leucokératose sans cancérisation, reconnaissable dans le segment prélevé ;

2° Un état scléreux du chorion et une raréfaction des glandes qui sont moins arborisées que normalement ;

3° De petites érosions glandulaires à la surface de la partie cervicale du col, sans hyperplasie maligne.

Intervention, le 22 novembre 1923. — Hystérectomie totale, qui montre un gros utérus avec un fibrome du fond.

Malade revue, le 24 janvier 1934, en parfait état.

OBSERVATION III.

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique.

Mme C..., 49 ans.

Vient consulter pour des ménorragies, datant de trois ans, et des métrorragies datant de un an.

Antécédents génitaux. — Réglée à 13 ans, ses règles ont toujours été abondantes. Depuis l'âge de 46 ans, leur durée et leur abondance ont augmenté, et elles se sont accompagnées de douleurs dans le bas-ventre, irradiant vers les cuisses et les reins. La malade, très pâle, est dyspnéique et asthénique.

Le toucher montre un col normal, ferme, un corps un peu augmenté de volume.

Comme depuis trois ans tous les traitements médicaux ont été tentés sans action, on se décide à l'intervention.

Laparotomie, le 17 février 1927. — L'utérus est un peu gros, mais parfaitement lisse, le fond seul paraît un peu bosselé quand on le saisit entre les doigts. Annexes normales. On hésite un instant, puis on décide une hystérectomie totale. A l'ouverture de l'utérus, on trouve, appendu au fond de l'utérus, un *fibrome* du volume d'une grosse noix, recouvert par une muqueuse un peu congestionnée et plissée.

OBSERVATION IV.

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique.

Mme L..., 49 ans.

Vient consulter, le 8 janvier 1932, pour des métrorragies et des ménorragies datant de trois mois.

Antécédents génitaux. — Réglée à 10 ans, ses règles ont toujours été abondantes, durant huit jours. A eu trois grossesses à terme. Forceps au premier accouchement. Au dernier (à 40 ans), hémorragie attribuée à un fibrome.

Aucun accident héréditaire ni collatéral. A eu, à 25 ans, des hémoptysies avec « bronchite chronique » et lésion du poumon gauche.

Le toucher montre un col dur, un corps peu volumineux. Le spéculum montre un écoulement de sang par le col. Une biopsie est faite. Le Pr Sabrazès, qui examine la pièce, écrit : « Adénomatose glandulaire, quelques érosions glandulaires hémorragiques. Pas d'évolution épithéliomateuse ».

Cependant, les hémorragies se répètent malgré le traitement médical. Un nouvel examen, le 10 décembre suivant, montre un col dur, suspect. En cas de cancer intra-canaliculaire, on conseille une intervention.

Hystérectomie totale. — Le fond de l'utérus est un peu bosselé et on y voit une teinte plus claire, paraissant indiquer la présence d'un myome. A la coupe, on trouve, en effet, un fibrome du fond utrin, du volume d'une noisette. Endométrite granuleuse. Un fragment du col est prélevé pour examen, celui-ci est négatif.

OBSERVATION V.

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique.

—Mme M..., 43 ans.

Vient consulter pour métrorragies continues depuis quatre mois, avec douleurs irradiant vers le membre inférieur gauche, soignées comme sciatique.

Antécédents génitaux. — Réglée à 13 ans, régulièrement, sans abondance excessive, sans douleurs. A eu quatre grossesses à terme ; le dernier accouchement a été un peu difficile ; puis deux avortements : l'un de trois mois à 39 ans, l'autre

de six mois, sans raison, à 40 ans. A cette époque, un médecin a parlé de fibrome.

Au toucher, on trouve un col un peu entr'ouvert, à muqueuse œdématisée, ectropionnée. Le corps est normal, mobile ; on pense à un polype de l'isthme.

A l'ouverture de l'utérus, on trouve, implanté dans la corne gauche, un fibrome pédiculé, un peu œdématisé, du volume d'une grosse noix et qui est la cause de l'hémorragie génitale de la malade

Suites normales.

OBSERVATION VI.

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique et polype intra-utérin.

Mme B..., 44 ans.

Vient consulter pour ménorragies, depuis l'âge de 42 ans.

Antécédents génitaux. — Réglée à 13 ans, règles régulières, peu abondantes, non douloureuses. Deux grosses à terme sans incident.

H. H. — Depuis 44 ans, ménorragies et métrorragies, pertes roussâtres et fétides extrêmement abondantes. Ces pertes s'accompagnent de rachialgies, peu marquées, depuis quelques mois.

Examen. — Le toucher et l'examen au spéculum révèlent un volumineux polype de la grosseur d'un poing, accouché par le col et en voie de sphacèle ; ce polype est enlevé en 1926, et la malade reste en parfait état jusqu'à mars 1928.

A cette époque, surviennent quelques douleurs lombaires ; l'examen ne révèle cependant aucun signe local particulier.

En novembre 1928, des pertes rouges et jaunes surviennent à nouveau, avec douleurs, surtout marquées du côté gauche. Ces métrorragies et ces ménorragies ne cèdent pas au traitement médical.

Cependant la malade est perdue de vue jusqu'en juillet 1931. A ce moment, elle présente encore un volumineux polype accouché par le col et sphacélé, qui doit être enlevé.

A l'intervention, son point d'implantation est nettement reconnu sur la face antérieure de l'utérus.

La malade es revue convalescente, et on lui conseille de se faire régulièrement surveiller.

En novembre 1931, quelques hémorragies réapparaissent ; dans la crainte d'une dégénérescence utérine dont la polypose aurait été le signal d'alarme, on conseille une hystérectomie. Celle-ci est pratiquée, dans de bonnes conditions, le 25 mai 1932.

L'utérus est de petit volume, sans aucune bosselure ; à l'ouverture de la cavité utérine, on trouve cependant, implanté au fond de l'uérus, un petit fibrome et, sur la face antérieure, un bride cicatricielle représentant le point d'implantation du polype antérieurement enlevé.

OBSERVATION VII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Fibrome sous-muqueux fundique et ovaire scléro-kystique.

Mme A..., 43 ans.

Vient consulter, le 20 juillet 1934, pour des métrorragies.

A. H. — Père mort à 75 ans. Mère morte à 31 ans de suites de couches.

A. C. . . Une sœur vivante, en bonne santé.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 11 ans. Elles sont régulières, durent cinq jours. La malade présente également des pertes blanches. Première grossesse à terme, accouchement d'un enfant mort-né. Deuxième grossesse, bon accouchement d'un garçon en bonne santé. Mari en bonne santé.

Cette malade a maigri est asthénisée et présente de la constipation.

H. M. — Jusqu'alors bien réglée, la malade présente, depuis six mois, des métrorragies et des ménorragies continues.

Examen gynécologique. — Le col est entr'ouvert, et on sent dans le cul de sac latéral droit une masse difficile à identifier.

Intervention le 31 juillet 1934. — Hystérectomie subtotale, appendicectomie.

La pièce opératoire montre l'existence d'un fibrome du fond utérin et d'un volumineux ovaire scléro-kystique.

Malade non revue depuis.

OBSERVATION VIII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Utérus fibreux et hyperplasie glandulaire probable.

Mme D..., 49 ans.

Vient consulter, le 6 janvier 1930, pour hémorragies

A. H. — Père mort à 56 ans, appendicite. Mère en bonne santé.

A. C. — Un frère tué à la guerre.

Antécédents génitaux. — Réglée à l'âge de 13 ans. Les règles sont régulières, d'une durée de quatre à cinq jours peu abondantes. Six grossesses à terme, accouchements normaux, six enfants vivants bien portants.

H. M. — La malade présente des hémorragies depuis un an, surtout du type ménorragique. Les règles sont augmentées d'abondance et de durée. Elle présente également des pertes blanches.

Diagnostic. — On pense à un petit fibrome sous-muqueux.

Intervention le 24 janvier 1930. — Hystérectomie subtotale. La pièce opératoire montre l'existence d'un *fibrome interstitiel* avec villosités muqueuses saignantes.

Malade revue, le 7 septembre 1930, très bon état général, on note seulement quelques bouffées de chaleur.

OBSERVATION IX (résumée).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Polype intra-utérin.

Mme F..., 42 ans.

Vient consulter, le 23 octobre 1934, pour hémorragies.

A. H. — Père et mère en bonne santé.

A. C. — Un frère tué à la guerre.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 12 ans. Elles sont régulières, mais abondantes et durent six jours. Trois grossesses à terme, accouchements normaux. Un curettage a été pratiqué à la suite du deuxième accouchement. Trois enfants en bonne santé.

H. M. — Ménorragies depuis quelques mois. De plus, une grande irrégularité est apparue. On note deux hémorragies en juillet, deux hémorragies également en septembre. Cette malade, très nerveuse, est asthénisée et présente un certain amaigrissement.

Diagnostic. — Au toucher, on porte le diagnostic de polype intra-utérin accouché par l'orifice du col.

Intervention le 6 novembre 1934. — Ablation d'un polype en sphacèle et curettage (gros utérus fibreux).

Examen histologique (Pr Dubreuil). — Masse conjonctive, musculaire, vasculaire et glandulaire, tous ces tissus enchevêtrés sans ordre précis. Il n'existe aucun signe de dégénérescence ou de malignité dans la masse examinée, qui présente bien l'aspect microscopique d'une masse de tissu utérin adénomateux justifiant le diagnostic de polype utérin.

Malade non revue depuis.

OBSERVATION X (résumée).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Polype intra-utérin.

Mme M..., 44 ans.

Vient consulter, le 10 juillet 1933, pour pertes de sang anormales.

A. H. — Mère morte, à 51 ans, d'un cancer du sein. Père en bonne santé.

A. C. — Une sœur en bonne santé.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à 11 ans et demi, elles sont régulières, durent huit jours, mais douloureuses. Pas de grossesse, mari en bonne santé.

H. M. — Depuis trois ou quatre ans, la malade note l'apparition de pertes blanches ; des irrégularités dans l'apparition de la menstruation avec quelques troubles spéciaux (crampes, vertiges) font penser à une ménopause en cours, mais depuis février, la malade perd du sang chaque semaine. Il existe également des hémorragies provoquées par les injections et les rapports sexuels.

Cette femme présente de la constipation, des céphalées et a un peu maigri.

Diagnostic. — L'examen gynécologique permet de porter le diagnostic de polype utérin.

Intervention le 10 juillet 1933. — Excision du polype et curettage. Aspect macroscopique nettement bénin.

La malade sort de la clinique, le 20 juillet 1933, en parfait état.

Revue en février 1934, la malade présente une aménorrhée accompagnée de quelques bouffées de chaleur.

OBSERVATION XI.

Polype intra-utérin.

(In thèse Picard).

Mme N..., 42 ans.

Vient, le 3 mai 1928, pour métrorragies profuses.

H. M. — Métrorragies abondantes depuis quelques mois. Diagnostic clinique : gros fibrome intra-utérin.

Entrée le 3 mai 1928.

Intervention, le 5 mai 1928. — Hystérectomie subtotale, Dr J. Quénu, anesthésie générale : éther.

Subtotale avec petit drain. — La pièce opératoire montre dans la cavité utérine, une petite tumeur en partie sphacélée polypoïde.

Histologie. — Polype muqueux simple, compliqué d'apoplexies très étendues ayant tué tous les tissus (Letulle).

Sortie le 25 mai 1928. Malade non retrouvée.

OBSERVATION XII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Adénomatose bénigne intracervicale.

Mme G..., 50 ans. —

Vient consulter, le 7 mars 1929, pour pertes de sang.

A. H. — Père mort de congestion à 48 ans. Mère morte jeune.

A. P. — Congestion pulmonaire à 32 ans, typhlite, néphrite et laryngite.

Antécédents génitaux. Les règles sont apparues à l'âge de 16 ans et demi, régulières, douloureuses jusqu'au premier accouchement. Elles sont peu abondantes, composées de sang pâle et durent de quatre à cinq jours. Première grossesse à 32 ans, accouchement pénible d'un garçon vivant, bien portant. Deuxième grossesse à l'âge de 39 ans, interrompue par une fausse couche à deux mois. Troisième grossesse à l'âge de 40 ans : accouchement pénible ayant entraîné une déchirure ; un garçon vivant, bien portant.

H. M. — Depuis deux ans, la malade présente des pertes de sang tous les quinze jours et qui durent de trois à quatre jours. Pas de pertes provoquées.

La malade présente un bon appétit, digère bien, mais on note de la constipation et quelques palpitations.

Diagnostic. — L'examen gynécologique permet de faire soupçonner l'existence d'un cancer intra-cervical.

Biopsie, le 7 mars— 1929.

Examen histologique (Pr Sabrazès). — Il s'agit d'une adénomatose glandulaire avec érosions et hémorragies. Pas de polystratification des cellules, pas de mitose, uniparité conservée, limitantes nettes.

Signes d'inflammation à l'ymphocytes. Cet adénome est végétant en une zone, voire même dendritique, mais sans évolution maligne constituée.

Diathermo-coagulation.

Revue, le 6 novembre 1930, en bon état.

OBSERVATION XIII (*résumée*).

Due à l'obligeance de M. le Pr JEANNENEY.

Cancer du corps.

Mme C..., 53 ans.

Vient consulter, le 28 mars 1928, pour pertes de sang.

A. H. — Père mort d'embolie. Mère bonne santé.

A. C. . . Quatre sœurs en bonne santé.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 12 ans. Elles sont régulières, durent deux à trois jours non douloureuses. Pas de grossesse. Mari en bonne santé.

H. M. — Depuis un an, la malade est devenue complètement dérégulée. Depuis six mois, sont apparues de petites pertes de sang irrégulières avec des alternatives de pertes blanches abondantes. Actuellement, la malade perd du sang avec des caillots sans aucune douleur.

La malade présente un bon état général, a conservé un bon appétit, mais on note une légère insomnie.

Diagnostic. — On pense à un cancer du corps utérin possible.

Intervention le 2 avril 1928. — Hystérectomie totale. La pièce opératoire montre la présence d'un *cancer du corps*.

Malade revue le 22 mai 1933.

2^o MÉTRORRAGIES FONCTIONNELLES MÉNOPAUSIQUES.

OBSERVATION XVII.

Due à l'obligeance de M. le Pr PAPIN.

Hémorragie fonctionnelle de la ménopause.

Mme R..., 46 ans.

Rentre à l'hôpital Boursier, salle 1, lit 1, pour pertes de sang importantes.

Père et mère morts âgés, il y a une dizaine d'années.

Deux frères et une sœur en bonne santé. Cinq autres seraient morts en bas-âge de congestion parce qu'ils étaient gros

(déclare la malade) ; méningite spécifique possible ? Ce sont d'ailleurs les premiers enfants qui moururent ainsi.

A. P. — Pas de maladie caractérisée. Premières règles à l'âge de 12 ans. Elles sont régulières, non douloureuses. Première grossesse, accouchement à terme, l'enfant meurt à un an de méningite.

Deuxième grossesse, enfant vivant âgé actuellement de 19 ans.

Troisième grossesse, enfant vivant âgé actuellement de 15 ans.

Quatrième grossesse, enfant vivant âgé actuellement de 12 ans.

Cinquième grossesse, accouchement prématuré à six mois il y a dix ans.

Sixième grossesse, enfant âgé actuellement de 8 ans.

H. M. — Le 18 mars 1934, la malade présente une hémorragie importante. Le début date de quinze jours avant l'époque des règles et se termine avec ses époques.

En avril, mai, juin, les règles sont normales, mais abondantes.

En juillet, pas de règles.

En août, deux hémorragies, qui commencent le 28 août pour se terminer le 12 septembre. La malade a remarqué la présence de nombreux caillots.

En octobre, à la date normale des règles hémorragie du type ménorragique d'une durée égale à douze jours.

Le médecin porte le diagnostic d'« utérus fibromateux ».

Examen. Etat général. — Malade très fatiguée par ses pertes. Elle présente, en outre, des céphalées, bourdonnements d'oreille, des nausées. L'appétit est conservé, mais le sommeil est troublé.— La malade ne souffre pas.

Appareil génital. — Au toucher, on trouve un col irrégulier, bosselé, dur, mais lisse, qui fait penser à une métrite cervicale chronique. Ne saigne pas au contact. Corps utérin de volume normal, mais dur.

Appareil cardio vasculaire. Tension artérielle, le 7 novembre 1934. — Mx, 13 ; Mn, 6 ; Io, 4. Bruits normaux.

Examen complémentaire. — B.-W., négatif ; urée, 0,28.

Hématologie. — Temps de saignement, 5 m.) ; temps de coagulation, 8 m.

Hémoglobine, 90 p. 100.

Formule leucocytaire : Poly neutro, 75 p. 100 ; lympho, 24 p. 100.

Légère albuminurie dans les urines.

Intervention, le 9 novembre 1934. — Hystérectomie vaginale par le P^r Papin.

Histologie. — Le fragment relevé sur la pièce opératoire donne le résultat suivant :

(P^r Dubreuil) « Le fragment examiné est presque uniquement formé par le muscle utérin. En certains points, celui-ci semble étouffé par un processus de sclérose assez marquée. On remarque quelques culs de sac glandulaires sans caractères.

Suites opératoires. — Le 12 novembre, ablation des pinces.

Le 14 novembre, parotidite gauche qui régresse rapidement.

Le 18 novembre, ablation des mèches.

Actuellement, la malade se lève depuis quatre jours et présente un parfait état.

OBSERVATION XV (résumée).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Métrorragie fonctionnelle ménopausique.

Mme P..., 45 ans.

Vient consulter pour métrorragies.

A. H. — Père mort d'un ictus à 75 ans, mère âgée de 70 ans en bonne santé.

A. C. — Une sœur atteinte de fibrome de l'utérus, deux frères tués à la guerre.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 12 ans. Elles sont régulières mais peu abondantes et durent trois jours. Trois grossesses à terme, accouchements normaux.

—H. M. — Depuis le mois de février, la malade présente des ménorragies et des pertes de sang entre les règles.

Cette malade présente en outre des palpitations, des verti-

ges, des crampes, céphalées, de l'insomnie et un certain amaigrissement.

Examen gynécologique. — Négatif.

Diagnostic. — On pense à une métrorragie fonctionnelle ménopausique et on ordonne un traitement médical provisoire.

Cette malade n'est pas encore venue se faire examiner à nouveau.

OBSERVATION XVI (résumée).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Hémorragie de la ménopause d'origine ovarienne.

Mme D..., 48 ans.

Vient consulter le 4 septembre 1926 pour pertes de sang, accompagnées de douleurs et de vertiges.

A. H. — Père mort à 60 ans, mère en bonne santé.

A. C. — Deux sœurs en bonne santé, à noter qu'une sœur a présenté un fibrome à l'âge de 34 ans, qui aurait été traité par la radiothérapie. —

H. M. — Depuis un an et demi, cette malade est devenue complètement dérégulée et présente des alternatives irrégulières d'hémorragies et d'aménorrhée.

A l'âge de 46 ans, elle a présenté une périphlébite variqueuse. Actuellement, on note des vertiges très marqués, de la constipation et un léger amaigrissement.

Examen gynécologique. — Négatif.

Diagnostic. — On pense à des troubles de la ménopause et on prescrit un traitement médical. Cette malade est revue le 5 septembre 1933, la ménopause est complètement établie, il n'y a plus de pertes, il persiste seulement des troubles visuels caractérisés surtout par de la diplopie.

OBSERVATION XVII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Hémorragie de la ménopause par insuffisance ovarienne.

Mme C..., 49 ans et demi.

Vient consulter le 6 juin 1934 pour pertes de sang.

A. H. — Père mort à l'âge de 54 ans, de congestion pulmonaire. Mère en bonne santé.

A. P. — Laryngite catarrhale traitée par le docteur Philip, pleurite avec névralgie intercostale.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans, les règles sont régulières, abondantes et durent de 6 à 7 jours. Il existe également des pertes blanches. Deux grossesses à terme. Un enfant est mort de méningite à l'âge de 14 mois.

Cette malade, qui est constipée, qui digère mal, présente de la dyspnée, des vertiges, des crampes.

H. M. — Il y a un an, la malade n'a été réglée que deux fois en six mois, une fois en janvier, une fois en mars. Depuis le mois d'avril, elle perd à peu près sans arrêt du sang et des caillots.

Examen gynécologique. — Négatif.

Diagnostic. — On pense à une hémorragie de la ménopause par insuffisance ovarienne. On prescrit un traitement médical provisoire.

Si les pertes reprennent, on a l'intention de pratiquer un curettage.

La malade présente une nette amélioration.

OBSERVATION XVIII (*résumée*).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Hémorragies fonctionnelles ménopausique.

Mme M..., 46 ans.

Vient consulter le 1^{er} octobre 1934 pour hémorragie utérine.

A. H. — Père mort, mère en bonne santé.

A. C. — Un frère en bonne santé, une sœur morte de tuberculose à l'âge de 23 ans, un frère mort à l'âge de 50 ans éthylique.

A. P. — Congestion pulmonaire, tuberculose ganglionnaire.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 15 ans. Elles sont régulières, abondantes, durent six jours.

Deux grossesses à terme, accouchements normaux, un enfant en bonne santé et un enfant mort à l'âge de 5 mois. Mari mort à la guerre.

Actuellement, cette malade anorexique, constipée, présente une extrême pâleur, de la dyspnée, des palpitations, un léger amaigrissement et quelques bouffées de chaleur.

H. M. — Le début remonte au mois de juillet. Depuis cette date, la malade a présenté :

Une hémorragie d'une durée de 6 jours le 29 juillet ;

Une hémorragie d'une durée de 6 jours le 10 août ;

Une hémorragie d'une durée de 6 jours le 22 août ;

Une hémorragie d'une durée de 6 jours le 14 septembre.

Examen gynécologique. — Il permet la constatation d'un gros corps utérin.

Diagnostic. — On pense à une hémorragie fonctionnelle ménopausique et on prescrit un traitement médical provisoire.

La malade a été nettement améliorée.

OBSERVATION XIX (*résumée*).

Due à l'obligeance de M. le P^r JEANNENEY.

Hémorragie fonctionnelle ménopausique.

Mme L..., 46 ans, vient nous consulter le 28 novembre 1934 pour des métrorragies.

A. H. — Mère morte probablement spécifique. Père en bonne santé.

A. C. — Une sœur en bonne santé, un frère tué à la guerre.

A. P. — Pleurite et broncho-pneumonie pendant la guerre. Fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans.

Antécédents génitaux. — Les règles sont apparues à l'âge de 13 ans. Elles sont régulières et durent de 5 à 6 jours. Une grossesse à terme à l'âge de 22 ans, accouchement normal d'un garçon.

H. M. — Depuis un an, la malade est devenue dérégulée ; ses règles apparaissent irrégulièrement et elle présente en outre

outre des métrorragies. En août, période d'aménorrhée de deux mois, au bout de laquelle survient une nouvelle hémorragie.

Cette malade, qui a toujours travaillé dans l'industrie hôtelière et qui actuellement tient un hôtel à Arcachon, est surmenée et est contrainte à la station debout. Elle signale avoir remarqué d'ailleurs la recrudescence de ses hémorragies lorsqu'elle est fortement fatiguée.

Cette malade présente en outre une grande nervosité, une constipation opiniâtre et un certain amaigrissement.

Examen gynécologique. — Le col est normal, les culs-de-sac sont souples, le corps utérin semble un peu gros.

Curettage biopsique le 4 décembre 1934, anesthésie générale : éther, dilatation aux bougies d'Hégâr.

Hystérométrie : 8 cm. et demi.

La curette ramène de nombreux fragments de muqueuse épaisse et blanchâtre, que l'on porte au laboratoire du professeur Sabrès. L'examen histologique donne le résultat suivant :

« La muqueuse montre des irrégularités de distribution des glandes. Çà et là ces glandes sont réduites de volume et ailleurs sont dilatées. On ne voit pas d'évolution maligne. Les glandes sont irrégulièrement disséminées dans un stroma formé par les cellules actives du chorion (cellules en mitoses prouvant leur activité) sans caractère néoplasique. Ces glandes sont entre coupées de lymphocytes, de foyers œdémateux et même hématiques dans lesquels dominent les lymphocytes. »

Diagnostic. — Hyperplasie glandulaire-bénigne.

OBSERVATION XX.

in Thèse Picard.

Métrorragie fonctionnelle d'origine ovarienne.

Mme A..., 48 ans.

Vient le 24 août 1925. Un enfant. Pas de fausse couche.

H. M. — Bien réglée jusqu'à 46 ans, puis dérégulée : alternatives d'aménorrhée, durant de 2 à 5 mois et de métrorragies ayant duré jusqu'à 2 mois : métrorragies ménopausiques typiques.

Examen : Col gros et dur, surtout lèvres postérieures. Utérus un peu gros.

Entrée le 25 août 1925.

Intervention le 29 août 1925. Hystérectomie totale par le Dr J. Quénu.

Anesthésie générale : éther.

Pièce : « utérus gros, très épais, ne contenant ni fibrome ni cancer, mais une hypertrophie scléreuse de toutes les parois ».

Sortie le 8 octobre 1925.

Revue le 16 mai 1927, le 10 septembre 1928, le 4 janvier 1930 et en 1933 : excellent état.

OBSERVATION XXI.

in Thèse Picard.

Métrorragie fonctionnelle ménopausique.

Mme B..., 45 ans.

Vue le 22 octobre 1926 pour troubles des règles et métrorragies. Deux enfants et deux fausses couches (la dernière il y a 6 mois).

H. M. — Troubles menstruels depuis un an. Aménorrhée 4 mois, puis métrorragie de 12 jours, suivie d'aménorrhée d'un mois. Depuis 3 mois perd tous les jours.

Entrée le 22 octobre 1926.

Intervention le même jour : curetage biopsique. M. Stoia (interne) anesthésie générale : éther.

Quelques débris de muqueuse épaisse.

Nouvelles reçues en 1933 : après curetage arrêt net des métrorragies. Les règles reviennent puis ménopause naturelle en 1927. Pas une goutte de sang depuis lors. Troubles vasomoteurs. A engraisié.

OBSERVATION XXII.

in Thèse Picard.

Métrorragie fonctionnelle ménopausique.

Mme P..., 42 ans.

Vient le 15 avril 1929 pour pertes de sang depuis 15 jours.
Un enfant plus une fausse couche.

H. M. — Bien réglée jusqu'à 40 ans. Règles irrégulières depuis. Forte métrorragie le 1^{er} avril puis pertes rouges quotidiennes.

Entrée le 16 avril 1929.

Première intervention le 23 avril 1929. Curettage biopsique par le D^r J. Quénu. Anesthésie générale : éther.

« Quelques débris non suspects. »

Sortie le 3 mai 1929.

Revient le 16 décembre 1929 pour récurrence : métrorragies continues.

Lipiodol le 3 février 1930 : « image utérine anormale traduisant une hyperplasie muqueuse bénigne » (Cl. Béchère).

Rentrée le 19 février 1930. Curettage biopsique. M. Bouvier (interne) anesthésie générale : éther.

« Fragments surtout dans la corne droite. »

Histologie : « métrite hypertrophique, tendant à l'évolution adénomateuse, sans transformation maligne (Letulle).

Sortie le 5 mars 1930.

Après ce deuxième curettage : aménorrhée de 3 mois puis petite perte pendant trois semaines.

Revue en 1933, troubles de la ménopause ; plus de sang.

OBSERVATION XXIII.

in Thèse Picard.

Métrorragie fonctionnelle ménopausique

Mme C..., 52 ans.

Vue et entrée le 10 mai 1930.

Deux enfants, pas de fausses couches.

H. M. — Ovariectomie à 45 ans pour kyste droit. Bien réglée jusqu'en février 1930 : puis aménorrhée de 2 mois. Il y a 3 semaines, petit suintement sanguin qui dure, malgré le traitement médical (plus abondant depuis quelques jours).

Intervention le 11 mai 1930. Curettage biopsique. D^r J. Quénu, anesthésie générale : éther.

Histologie : « métrite aiguë fongueuse » (Letulle).

Application de radium le 19 mai 1930.

Revue le 3 novembre 1930 : plus une goutte de sang depuis le radium, pas de douleurs, a engraisé beaucoup. Examen local normal.

Revue le 15 octobre 1932, excellent état. Pas de sang, ni douleur.

OBSERVATION XXIV.

(Docteur Moulouguet, décembre 1927)

in Thèse Gasne.

Métrorragie de la ménopause avec examen de laboratoire douteux.

Mme L..., 50 ans, vient consulter pour des métrorragies persistant depuis 5 ans. Elle avait eu autrefois un accouchement difficile et on lui avait fait un périnée. Deux ans auparavant, on avait pratiqué un curettage et l'examen histologique avait montré une hyperplasie muqueuse avec dilatation kystique des glandes. Un traitement antisypilitique avait dû être abandonné, la malade présentant de l'insuffisance hépatique.

Une cure à Salies-de-Béarn n'amena aucune amélioration. Après quelques rémissions de 3 à 4 mois, les métrorragies reprirent en septembre 1927, lorsqu'elle vint consulter elle était très anémiée (3.140.000 globules rouges).

A l'examen, l'utérus est bien placé, petit, le col un peu bosselé. Les culs-de-sac sont normaux.

Intervention. — Hystérectomie subtotale.

Pièce opératoire. — Aucune infection mais présence de microkystes péritonéaux sur la trompe droite.

L'ovaire droit présente un kyste folliculaire.

L'utérus est un tiers plus gros que normalement, le col scléreux. La muqueuse utérine est très épaisse.

Examen histologique. — Hyperplasie avec tendance à la malignité. Les glandes ont un aspect kystique, le chorion est également augmenté de volume et œdédié. Les glandes sont bordées de plusieurs rangées de cellules cylindriques. Cette malade présente actuellement un excellent état.

CONCLUSIONS

Les métrorragies survenant au voisinage de la ménopause posent un problème diagnostique et thérapeutique difficile et chaque cas doit faire l'objet d'une enquête extrêmement minutieuse.

Les multiples causes extra-utérines et, en particulier, la *syphilis utérine* sont utiles à connaître pour l'établissement d'un diagnostic étiologique précis.

Il importera avant tout de dépister le cancer dont la méconnaissance équivaut à un arrêt de mort. Il existe en moyenne, dans 8 % *des cas*, des métrorragies à l'âge de la ménopause.

D'après l'étude des différentes statistiques publiées, les *lésions chirurgicales objectives* (fibromes sous-muqueux, polypes intra-utérin, cancers du corps, salpingites kystiques) n'existent que chez 1/3 des malades.

« Chez les deux autres tiers des malades, on trouve simplement des *modifications bénignes de la muqueuse utérine* dues, non pas à une lésion locale, mais à un trouble fonctionnel ovarien. » (Cl. Bécélère.)

Il faut mettre en œuvre tous les moyens de diagnostic clinique qui, tous, ont leur importance, mais ne donnent pas une sécurité suffisante.

Le *curettage biopsique* conduit par l'hystérogaphie et

suivi d'un examen anatomo-pathologique est le *seul mode* de diagnostic qui puisse donner les plus grandes chances de certitude dans la recherche de la cause des métrorragies au voisinage de la ménopause.

« Comme, le plus souvent, il fournit la preuve de la bénignité du processus, la gravité d'un curettage ne se compare pas à la gravité d'une hystérectomie. »

Dans le cas d'un *syndrome clinique douteux* ou d'une réponse du laboratoire *prêtant à confusion*, mieux vaut opérer que faire des radiations à l'aveugle.

La curiethérapie semble plus à la portée du chirurgien que la röntgenthérapie, et pour cela semble jouir actuellement d'une plus grande faveur, pour traiter les métrorragies fonctionnelles ménopausiques d'origine ovarienne.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 décembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

I. Etude générale.

- Beclère** (Cl.). — « Métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne ménopausique », *Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, novembre 1933, p. 748, 754.
- « Les véritables hémorragies de la ménopause », Huitième Congrès de l'association des obstétric. et gynécol. de langue française, Paris, 5-7 octobre 1933, *Presse médicale* du 25 octobre 1933.
- « Pathogénie et traitement des hémorragies dites de la ménopause », *Presse médicale*, 22 septembre 1934.
- Cadenat**. — « Que faire en présence d'une métrorragie », *L'hôpital*, juillet 1927, p. 414.
- Cotte**. — *Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*, 1931, 1 vol. p. 161.
- Delespine** (J.). — *Métrorragie et affections annexielles*, th. de Paris, 1904-1092.
- Douay**. — « Les métrorragies avant la ménopause », *Journal des praticiens*, 31 mars 1928, p. 220.
- Faure** (J. L.) et **Siredey**. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Paris, Doin, 1928, notamment p. 1073.
- Flechter Shaw** (W.). — « De l'hémorragie pendant et après la ménopause », *British medical Journal*, 19 juin 1926.
- Forgue et Massabuau**. — « Les métrorragies de la ménopause - Métrorragie d'origine ovarienne », *Presse médicale*, 28 septembre 1912, p. 793.
- *Nouveau traité de chirurgie de Pierre Delbet*, 1927, notamment p. 225.
- Gaboriau**. — (Mlle). — *Contribution à l'étude des hémorragies dites essentielles de la ménopause*, thèse de Paris, 1919.
- Guyot et Courriades**. — « Sur un cas d'épithélioma greffé sur un fibrome de la ménopause », *Soc. de méd. et de chirur. de Bordeaux*, 28 février 1932.
- « Les hémorragies post-ménopausiques », *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 décembre 1934.
- Jeanneney**. — « Hémorragies génitales et lésions annexielles », *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 mars 1928.
- « Fibromes sous-muqueux fundiques », *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, décembre 1933.
- *Sémiologie chirurgicale*, 1 vol., Masson, 1933.

- « Traitement chirurgical des insuffisances ovariennes », *Revue française de gynécologie et obstétrique*, mai 1934.
- Moulonguet.** — *Les diagnostics anatomo-cliniques de Paul Lecène*, 1932, tome II. » appareil génital de la femme », deuxième partie : « lésions dystrophiques de l'utérus », p. 28.
- « Diagnostic et traitement des hémorragies de la ménopause »,
- *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, tome III, avril 1933, p. 821.
- Moulonguet et Gasne** (Melle). — *Bul. de la soc. gynécol. et d'obst. de Paris*, 1^{er} mai 1933.
- « De la conduite à tenir dans les métrorragies de la ménopause en dehors du fibrome utérin », *Le répertoire médical pratique*, janvier 1934.
- Nicolau** (P.). — *Contribution à l'étude des métrorragies de la ménopause*, (métrorragies d'origine ovarienne), thèse Montpellier 1912.
- Picard** (P. G.). — *Les métrorragies à l'âge de la ménopause*, thèse de Paris, 1934.
- Pankoff.** — « Les causes des hémorragies utérines », *Mun. Méd. Woch.*, t. LVI, n° 52, 1909.
- Quénu** (J.) et **Beclère** (Cl.). — « Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause », *Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, novembre 1933, p. 742-748.
- Rouville** (de). — *Consultations de gynécologie*, Paris, 1 vol, 1902.
- Rosenstein** (Fania). — « Contribution à l'étude des métrorragies. L'importance diagn. de l'examen histol. après un curettage et sa valeur quant aux indications thérapeutiques », *Strasbourg médical*, n° 22, août 1933, p. 537-542.
- Salen** (G.). — « Acquisitions récentes dans les trait. de quelques troubles fonct. en gynécologie », *Monde médical*, 15 août 1928, p. 212.
- Schwartz.** — « Hémorragies utérines d'origine ovarienne », *Paris médical*, 12 août 1926.
- Schroder.** — « Der anatomische und klinische Begriff der métopathia haemorrhagica », *Zentbl. für gyn.*, n° 28, 1920, p. 49.
- Siredey.** — « Les hémorragies de la ménopause », *Journal de méd. et de chir. pratique*, n° 101, 10 novembre 1930, 781-798.
- Siredey et Douay.** — *Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, 1^{er} mai 1933, discussion.
- Soler-Julia.** — « Métrorragies de la ménopause », *Ann. hosp de Santa-Cruz y San-Pablo*, 15 novembre 1928.
- « Métrorragies de la ménopause », *Cronica médico quirurgica de la Habana*, n° 3, mars 1929, p. 141.
- Solomon** (I.). — « La métrite hémorragique », *Journal médical français*, mars 1928.
- Tenconi.** — « Métrorragie de la ménopause et carcinome de l'ovaire », *Ann. di ostetricia gynec.*, juin 1927.
- « Métrorragie de la ménopause symptomatique d'une tumeur de l'ovaire », *cl. ostetricia*, novembre 1933.
- Verjbitzky** (Véra). — *Contribution à l'étude des métrorragies essentielles de la ménopause*, thèse de Paris, 1933.

Physiologie.

- Kreiss.** — « A propos des métrorragies fonctionnelles », *La Science médicale pratique*, 15 février 1929, p. 91.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1 vol., 1890.
- Vinay.** — « La ménopause », *Encyclopédie scientifique des aides-mémoires*, Paris, 1 vol, 1908.
- Zondek.** — *L'hormone ovarienne et hypophysaire*, 1 vol, 1931, p. 143.

Anatomie pathologique.

- Bouilly.** — « Les hémorragies dans l'ovarite scléro-kystique », *La gynécologie*, 1905.
- Cotte et Martin.** — « De l'existence d'amas lymphoïdes dans la muqueuse utérine », *Gynécologie et obstétrique XIX*, mai 1929, p. 360.
- Gasne** (Mlle). — *Les états précancéreux de la muqueuse du corps utérin*, thèse de Paris, 1932.
- Letuelle** (M.). — « La clinique et l'anatomie pathologique pratique des caillots métrorragiques », *Presse médicale*, 24 août 1927, n° 68, p. 1042.
- Novak** (E.). — « L'interprétation et la signification clinique des hémorragies utérines », *Medical Record*, New-York, 10 juillet 1920, p. 43.
- Sabrazès.** — (Travaux du laboratoire du professeur), 1^o Article de Vitrac, *Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 1921 — 2^o thèse de Bardou, Bordeaux, 1926.
- Pettit.** — *Diagnostic histologique du curettage utérin*, thèse de Paris, 1901.
- Sappey** (P.). — *Origine ovarienne de certaines hémorragies utérines. Etude et recherche anatomo-pathologique*, thèse Montpellier 1921.

Hystérogaphie.

- Beclère** (Cl.). — « 100 observations de radio-diagnostic gynécologique par injection de lipiodol », *Société chirurgie*, 14 mars, 1928.
- « Comment interpréter une radiographie de l'utérus et des trompes de Fallope », *Monde médical*, t. XL, 15 novembre 1930, p. 923.
- « Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses ? », *Presse médicale*, 23 juin 1928, p. 791.
- Compte-rendu au congrès des gyn. et obst. de langue française, Bordeaux, 1931, in *Gynécologie et obstétrique*, n° 24, p. 544-546.
- « L'hystérogaphie dans le diagnostic des lésions intra-utérines et des métrorragies fonctionnelles », *Bull. soc. gyn. et obst. de Paris*, décembre 1933, p. 815-821.
- Cotte.** — *Gynécologie et obstétrique*, octobre 1931, n° 24, p. 193-258.
- Ducuing.** — *Bull. soc. obst. et gynécol. de Paris*, 1932, p. 607-625.
- Imbert.** — « L'exploration radiologique de l'utérus », *Marseille médical*, 25 août 1928, p. 246.

Mocquot. — « Exploration lipiodolée intra utérine », Soc. chirurgie, 21 mars 1928.

Sicard. — « Sur les prétendus méfaits du liliodol intra-utérin », Soc. chirurgie, 9 mars 1928.

Curettage explorateur.

Bardon et Matthey Cornat. — « Un cas de cancer utérin avec perforation au cours d'un curettage explorateur », Société d'obst. et de gyn. de Bordeaux, 27 février 1923.

Cadenat. — « Les dangers de la biopsie dans le cancer de l'utérus », *L'hôpital*, avril 1930, p. 252.

Dambrin. — « Du curettage explorateur dans les métrorragies », *Toulouse médical*, 1^{er} octobre 1931, p. 692.

Faure (J. L.). — « Les méfaits du curettage utérin dans le cancer du corps de l'utérus », *Presse médicale*, 24 mai 1930, p. 705.

— *Discussion in Bull. soc. obst. et gynécol.* — *Paris*, juillet 1928, 451.

Laroyenne. — « Des métrorragies justiciables d'un curettage utérin » *Lyon médical*, 1896, p. 277.

Lefebvre. — « Un cas de perforation utérine au cours d'un curettage explorateur dans un cancer du corps utérin », *Toulouse médical*, 1^{er} octobre 1931, p. 684-690.

Leo. — « De la biopsie dans le cancer du corps utérin », *Presse médicale*, décembre 1928.

Pauchet. — « Danger de la biopsie : la perforation utérine », *Bull. et mém. de chirurgiens de Paris*, 2 novembre 1928.

Siredey. — « Diagnostic précoce du cancer du corps utérin : Faut-il dans les cas douteux faire un curettage explorateur? », *Bull. et mém. des chirurgiens de Paris*, t. XXI, 1929, p. 311.

Curiethérapie-Radiothérapie.

Arcelin (F.). — « Nouvelle méthode de traitement radiothérapique des fibromes et de métrorragies de la ménopause : méthode des doses décroissantes », *Lyon médical*, 1^{er} février 1932, p. 194-198.

Beclère (A.). — Communication, II^e congrès des gynécol. et obsté de langue française, Genève, 1921.

Brunet (A.). — *Contribution à l'étude des métrorragies d'origine ovarienne. Parallèle entre la radiothérapie et la curiethérapie dans les métrorragies de la ménopause*, thèse de Montpellier, 1927.

Koenig (J. B.). — Rapport, II^e congrès des gynécol. et obst. de langue française, Paris 1921.

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.
